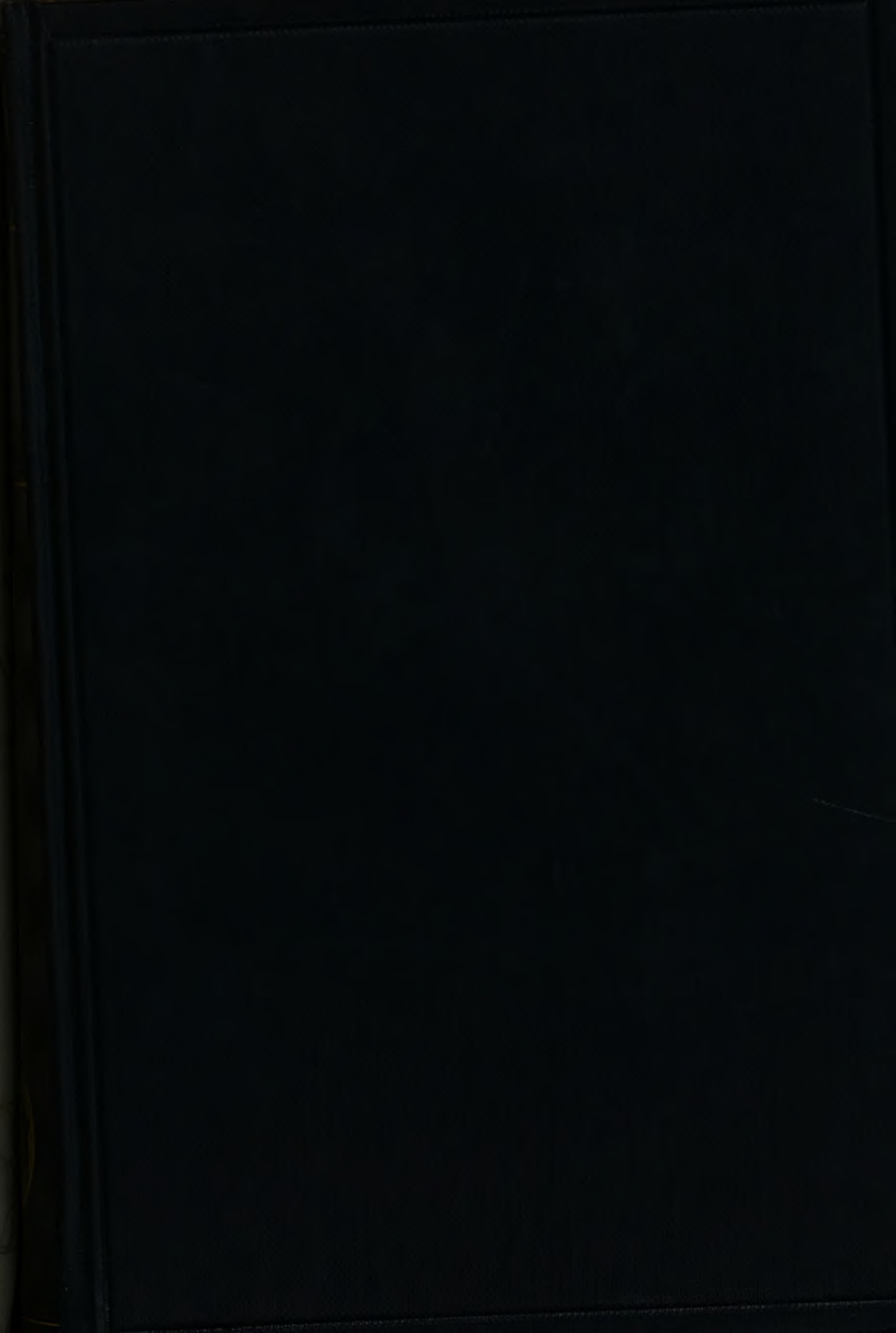
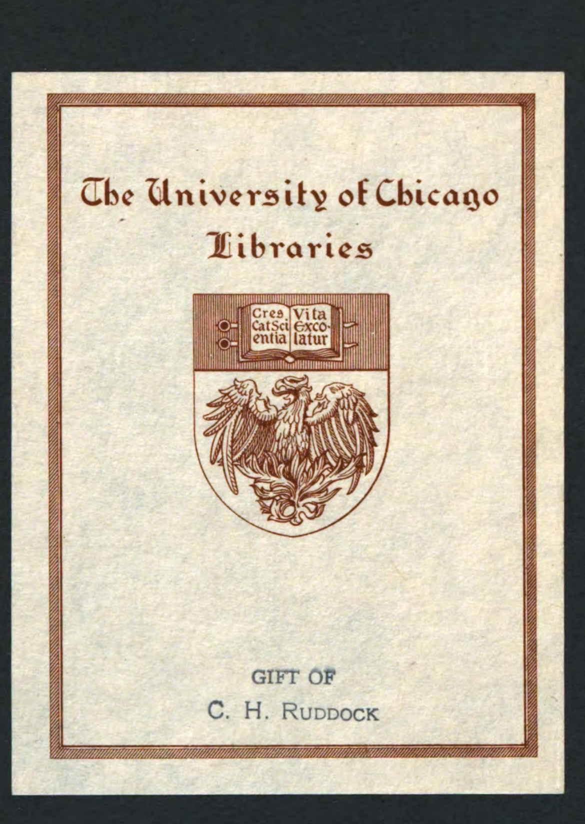
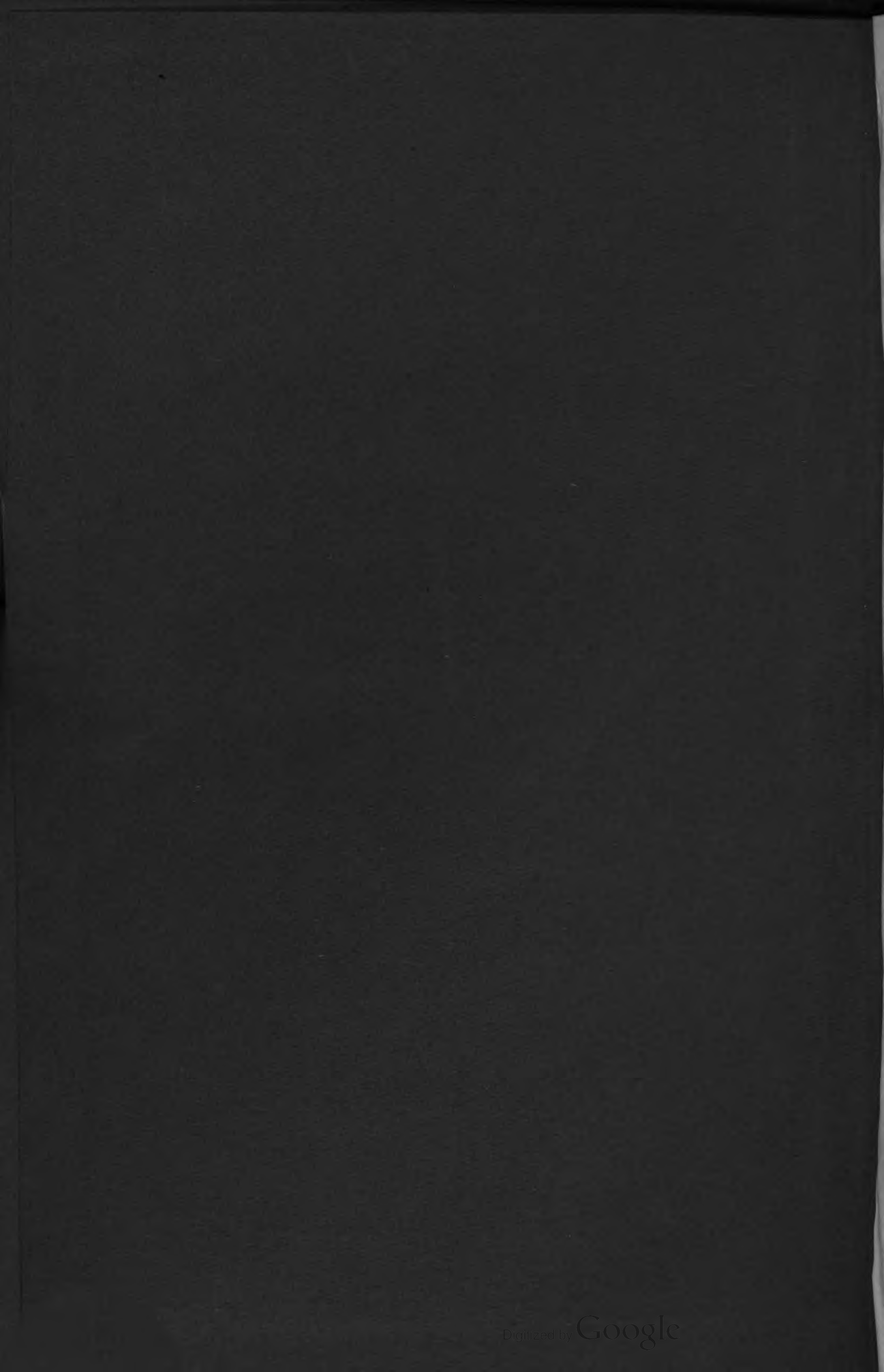



The University of Chicago
Libraries
Crescat Scientia Vita Excolatur
GIFT OF
C. H. RUDDOCK





# Semon's Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), A. J. Brady (Sydney), A. Bronner (Bradford), H. Burger (Amsterdam), A. Cartaz (Paris), O. Chiari (Wien), J. Donelan (London), Gontier de la Roche (Toulon), F. Hanszel (Wien), H. Hecht (München), P. Hellat (St. Petersburg), G. Jonquière (Bern), Ino Kubo (Fukuoka), J. Katzenstein (Berlin), F. Klemperer (Berlin), A. Kuttner (Berlin), Lautmann (Paris), G. M. Lefferts (New York), P. M'Bride (Edinburgh), Emil Mayer (New York), E. J. Moure (Bordeaux), E. v. Navratil (Budapest), Oppikofer (Basel), Parmentier (Brüssel), P. Raugé (Challes), A. Rosenberg (Berlin), E. Schmiegelow (Kopenhagen), O. Seifert (Würzburg), A. v. Sokolowski (Warschau), E. Stangenberg (Stockholm), Tapia (Madrid), Logan Turner (Edinburgh), E. Waggett (London), C. Zarniko (Hamburg)

herausgegeben

von

**GEORG FINDER**

Berlin.

**Fünfundzwanzigster Jahrgang.**

(Januar—December 1909.)

Berlin, 1909.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

# Inhalt.

## I. Leitartikel.



## II. Referate.



## III. Kritiken und Besprechungen.



## IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

## V. Nekrologe.



## VI. Briefkasten.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Januar. 1909. No. 1.

## I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1907.

| Länder: | Allgemeines. | Nase u. Nasenrachenraum. | Mundrachenhöhle. | Diphtheritis und Croup. | Kehlkopf und Luftröhre. | Schilddrüse. | Oesophagus. | Zusammen. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nordamerika . . . . . . | 58 | 203 | 110 | 27 | 105 | 31 | 35 | 569 |
| Deutschland . . . . . . | 37 | 121 | 63 | 12 | 101 | 9 | 12 | 355 |
| Grossbritannien und Colonien | 11 | 67 | 48 | 9 | 82 | 10 | 13 | 240 |
| Frankreich . . . . . . . . | 13 | 62 | 45 | 12 | 56 | 18 | 14 | 220 |
| Ungarn . . . . . . . . . | 3 | 41 | 19 | 5 | 44 | 2 | 3 | 117 |
| Oesterreich . . . . . . . . | 4 | 30 | 22 | 3 | 44 | 4 | 5 | 112 |
| Italien . . . . . . . . . | 5 | 12 | 18 | 2 | 26 | 3 | 2 | 68 |
| Belgien . . . . . . . . . | 3 | 22 | 15 | 4 | 17 | 4 | 2 | 67 |
| Holland . . . . . . . . . | 4 | 21 | 10 | 3 | 21 | 3 | 1 | 63 |
| Spanien . . . . . . . . . | 3 | 15 | 14 | 2 | 15 | — | 2 | 51 |
| Polen . . . . . . . . . | 3 | 10 | 9 | 3 | 15 | 2 | 1 | 43 |
| Dänemark, Norwegen . . . | 3 | 10 | 8 | 2 | 14 | 2 | 3 | 42 |
| Russland . . . . . . . . . | 2 | 8 | 7 | 2 | 10 | 1 | 2 | 32 |
| Schweiz . . . . . . . . . | 2 | 5 | 2 | 5 | 6 | 2 | — | 22 |
| Schweden . . . . . . . . | 2 | 9 | 3 | — | 5 | — | — | 19 |
| Zusammen . . . . . | 153 | 636 | 393 | 91 | 561 | 91 | 95 | 2020 |

Die Zahl der Beiträge hat sich wiederum vermehrt und 2000 Arbeiten resp. Vorträge überschritten, was seit 7 Jahren nicht vorgekommen ist. — In obiger Statistik sind zum ersten Male Oesterreich und Ungarn, Belgien und Holland, Schweden von den anderen skandinavischen Königreichen getrennt behandelt worden. Im Uebrigen bietet die Statistik keine Veranlassung zu besonderen Bemerkungen.

# II. Referate.

## a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Victor Delsaux. Die Vortheile der Decimalclasssification in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Avantages de la classification décimale en oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1907.*

Der Titel besagt, wofür der Autor in dieser Arbeit eintritt. PARMENTIER.

2) **Percy Goldsmith. Laryngologie und Rhinologie in ihren Beziehungen zur allgemeinen Medicin. (Laryngology and Rhinology in their relation to general medicine.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Eine Aufzählung bekannter Dinge. EMIL MAYER.

3) **Pietri. Operationsstatistik der Abtheilung Prof. E. J. Moure's vom 31. December 1902 bis 31. December 1907. (Statistique opératoire du service de M. le Prof. E. J. Moure du 31. décembre 1902 au 31. décembre 1907.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 19, 21 u. 22. 1908.*

Die Statistik umfasst 220 Operationen, von denen 31 den Mund und Rachen, 81 die Nase und ihre Nebenhöhlen, 70 den Larynx, die Trachea und den äusseren Hals, 27 die Ohren betreffen. Verf. hebt bei jeder Art von Eingriffen die wesentlichen Punkte hervor und geht auf die Operationsmethoden ein, die von der Bordelaiser Schule angewendet werden. BRINDEL.

4) **E. Stangenberg. Die Gemeindeschulen in Stockholm. (Stockholms stads folkskolor.)** *Berättelse för ar 1907. Stockholm 1908.*

Aus dem Bericht für 1907 geht hervor, dass 3832 Kinder von den Hals- und Ohrenspecialisten untersucht wurden; von diesen Kindern litten 273 (7,1 pCt.) an Schwerhörigkeit, 370 (9,7 pCt.) an Ohrenentzündung, 725 (18,9 pCt.) an Nasenkrankheit, 357 (9,3 pCt.) an adenoiden Vegetationen und 583 (15,2 pCt.) an Gaumenmandelhypertrophie. E. STANGENBERG.

5) **R. H. Johnston. Verlegung der Nase oder des Halses als eine Ursache für Nerven- und Geisteskrankeiten im Schulleben. (Obstruction in the nose or throat as a cause of nervous and mental diseases in shool life.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Verf. betrachtet als Ursache für die nervösen und psychischen Störungen in diesen Fällen das Fehlen des Sauerstoffs in der Inspirationsluft. Die vorkommenden Symptome sind: Schlaflosigkeit, Pavor nocturnus, Enuresis, Kopfschmerz, Stottern und andere Sprachstörungen, choreatische Zuckungen im Gesicht u. s. w. Verf. erwähnt auch nervösen Reflexhusten, Pseudomeningitis u. a. m. LEFFERTS.

6) **John T. Cronin. Obstruirende Anomalien des Mund-Nasen-Rachens, ein wichtiges prädisponirendes Moment für Tuberculose bei Schulkindern. (Obstructive abnormalities of the Oro-Naso-Pharynx, a powerful predisposing factor to tuberculosis in school children.)** *N. Y. Medical Record. 10. October 1908.*

Verf. weist darauf hin, dass Kinder, die mit Tuberculösen zusammenleben, auf Grund von Abnormitäten in der Nase und im Pharynx ganz besonders der Infectionsgefahr ausgesetzt sind. LEFFERTS

7) **Francke H. Bosworth. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Syphilis und Tuberculose. (The diagnostic value of symptoms of the upper respiratory tract in syphilis and tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Schilderung der Manifestationen von Syphilis und Tuberculose in den oberen Luftwegen. Von der Syphilis sagt Verf., sie habe „mehr einen explosiven als einen progressiven Charakter“. Er legt besonderen Wert auf die Thatsache, dass die Syphilis in Nase und Hals keine Neigung hat, die anatomischen Grenzen zu überschreiten. LEFFERTS.

8) **Emil Mayer. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Rheumatismus, Gicht und Diabetes. (The diagnostic value of symptoms of the upper air tract in rheumatism, gout and diabetes.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. zeigt zuerst die ätiologische Bedeutung der oberen Luftwege für die Entstehung des Rheumatismus, als dessen Eingangspforte in einer Zahl von Fällen die Tonsillen, besonders die Rachenmandel zu betrachten ist. Er bespricht dann die Erscheinungen, die der Rheumatismus in den oberen Luftwegen bisweilen macht, z. B. die Entzündung im Crico-arytaenoidgelenk und weist darauf hin, dass der Laryngologe nicht selten aus dem Befund in den oberen Luftwegen den Rheumatismus diagnosticiren kann. In practischer Hinsicht liegen die Verhältnisse bei der Gicht ähnlich; nur kommt hier noch hinzu, dass auch in der Nase bisweilen vasomotorsiche Störungen beobachtet werden, die gichtischen Ursprungs sind. Auf Diabetes kann man zuerst aufmerksam gemacht werden durch Trockenheit im Halse und leichte Ermüdung der Stimme. Mayer erwähnt hier auch Furunkulosis und Perichondritis des Larynx und diabetische Geschwüre des Pharynx.

LEFFERTS.

9) **William W. Simpson. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Rheumatismus, Gicht, Diabetes. (The diagnostic value of symptoms of the upper air passages in rheumatism, gout, diabetes.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. hat bei seinen klinischen Beobachtungen keinerlei Zusammenhang zwischen Angina und Rheumatismus constatiren können. LEFFERTS.





10) **Th. S. Harris. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen infolge des Larynx, Pharynx und der Nase bei Nasenkrankheiten. (The diagnostic value of symptoms of the Larynx, Pharynx and Nose in nervous diseases.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. bespricht die Symptome bei Tabes (Anosmie, Parosmie, ein- und doppelseitige Posticuslähmung, Ataxie der Stimmbänder, Larynxkrisen). Bei der multiplen Sklerose erwähnt er den Tremor beim Sprechen und eine abnorme Neigung der Stimme zur Ermüdung, ferner die bisweilen vorkommenden Lähmungen, besonders der Adductoren. Als Symptome der Syringomyelie führt er an: motorische Erscheinungen von Seiten des Larynx und herabgesetzte Reflexerregbarkeit der hinteren Rachenwand; für die progressive Bulbärparalyse sind charakteristisch die Erscheinungen von Seiten der Zunge, Lippen und des Larynx, doch sind letztere nicht sehr constant. Die progressive Muskelatrophie ist sehr oft von Symptomen des Pharynx und Larynx begleitet; diese bestehen gewöhnlich in Lähmungen, besonders des Larynx. Verf. bespricht dann noch die Paralysis agitans, die Hysterie, die Anästhesie und Hyperästhesie der Schleimhaut und die Dysphonia spastica.

LEFFERTS.

11) **E. Jürgens** (Warschau). **Affectionen des Gehörapparates, der Nase und des Halses infolge von Explosion von Bomben und infolge von Schüssen. (Affection s de l'appareil auditif, du nez et de la gorge, consécutives à l'explosion de bombes et à des coups de feu.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. H. 10. 1907.*

Die erste und zweite Gruppe betreffen Verletzungen des Ohres, besonders des inneren, insbesondere der Schnecke u. s. w. Andere Beobachtungen zeigen eine wunderbare Toleranz der Gewebe des Schädels und des Halses gegenüber Projektilen von ziemlich bedeutender Dimension.

In einem Fall von Verletzung der Highmorshöhle durch eine Feuerwaffe bemerkte J. eine auffallend leichte Regeneration der Sinuswand ohne plastische Operation.

In einem Fall von Kehlkopfverletzung trat Heilung ein, doch blieb die Rauhigkeit der Sprache, die nach dem Spiegelbild einer Unbeweglichkeit des einen Stimmbandes zuzuschreiben ist. Es würde sich demnach entweder um eine directe Verletzung des Recurrens handeln (was den Bewusstseinsverlust des Kranken erklärt, zumal die directe Vagusreizung häufig diesen Zustand herbeiführt), oder es ist die Narbenretraction im Bereiche des Schusscanals, die die Stimmbandparalyse veranlasst hat.

Dieses Beispiel beweist, dass man bei dergleichen Fällen mit der funktionellen Prognose sich sehr reservirt verhalten muss, und dass es sehr wichtig ist, die laryngoskopische Untersuchung öfters vorzunehmen.

PARMENTIER.

12) **J. A. Roorda Smit** (Rotterdam). **Die Fliegenkrankheit und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Gegen die auch den Rhinologen interessirende Myiasis empfiehlt Verf. auf Grund eigener Erfahrungen Einpuderungen von Calomel als sicherstes Mittel.

ZARNIKOW.



13) **Kuhn** (Kassel). **Einführung in die perorale Intubation.** *Med. Klinik. 29. 1908.*

In diesem Aufsatze versucht Kuhn eine Einführung in das Verfahren der peroralen Intubation zu geben, indem er die Indikationen, das Instrumentarium und die Methodik kurz bespricht. SEIFERT (Würzburg).

14) **Dirk** (Berlin). **Ueber die Kuhn'sche Tubage.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1906.*

Die Kuhn'sche perorale Tubage hat sich dem Verf. bei einer grösseren Anzahl von Kopfoperationen vortrefflich bewährt. Besprechung der Technik und der Vorzüge der Methode. ZARNIKOW.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **A. Trifiletti. Heftiges Nasenbluten bei einem Gichtkranken. (Violent epistaxis in a gouty patient.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. will nicht behaupten, dass das Nasenbluten ein gichtisches Symptom ist; er theilt seinen Fall nur mit als Beitrag zu der Frage des von einigen Autoren behaupteten Zusammenhangs zwischen Epistaxis und gewissen Diathesen.

EMIL MAYER.

16) **Escat. Rhinologische Diagnose einer versteckten Form von Werlhoff'scher Krankheit. (Diagnostic par le rhinologiste d'une forme insidieuse et ambulatoire de maladie de Werlhoff.)** *Annales des maladies de l'oreille. Februar 1907.*

Bei häufigem Nasenbluten, besonders bei Kindern, empfiehlt sich die sorgfältige Untersuchung der Haut, um festzustellen, ob man sich nicht einer forme fruste der Werlhoff'schen Krankheit gegenüber befindet. Verf. theilt zwei interessante hierher gehörige Beobachtungen mit. BRINDEL.

17) **James W. Barrett. Zwei Fälle von Epistaxis, bei denen Unterbindung der Carotis externa nothwendig wurde. (Two cases of epistaxis in which ligation of the external carotid artery became necessary.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. Juni 1908.*

I. Ein 26jähriger Mann, der in Chloroformnarkose wegen Nasenpolypen operirt worden war, fing vier Tage darauf an, aus der Nase zu bluten. Die Nase wurde tamponirt und die Blutung stand. Am nächsten Tage wurde der Tampon entfernt. In der Nacht wiederholte sich die Blutung. Pat. blieb 10 Tage im Bett, während dieser Zeit traten häufige Blutungen auf. Die Carotis externa wurde unterbunden. Es trat, obwohl Pat. sehr schwach war, Heilung ein.

II. 35jähriger Mann. Fünf Tage nach linearer Cauterisation der unteren Muschel sehr starke secundäre Blutung, die auf Tamponade stand. Einige Tage darauf neue Blutung; als sich diese in den nächsten Tagen sehr häufig und heftig wiederholten, Unterbindung der Carotis externa.

Beide Fälle betrafen keine Hämophilen, im Blut war kein Eiweiss.

A. J. BRADY.



18) **R. M. Mc. Kinney. Tödtliche Nasenblutung bei einem Hämophilen; Tod infolge septischer Pneumonie. (Fatal nasal hemorrhage in a Hemophiliac; death from septic pneumonia.)** *Memphis Medical Monthly. Mai 1908.*

19jähriger Mann, bekam nach einer Erregung anhaltendes Nasenbluten, das nicht zu stillen war. Der Vater war Bluter gewesen; Pat. hatte selbst häufig an Nasenbluten gelitten.

EMIL MAYER.

19) **Hummel** (Herrnhut). **Ein Fall von prodromaler Epistaxis.** *Fortschritte der Medicin. 4. 1908.*

In Uebereinstimmung mit de Cigna ist der Verf., gestützt auf einen Fall eigener Beobachtung, der Ansicht, dass man das idiopathische Nasenbluten älterer Individuen als Warnungszeichen für drohende Apoplexie ansehen solle.

SEIFERT (Würzburg).

20) **Lublinski** (Berlin). **Ueber die Anwendbarkeit des „synthetischen" Suprarenins auf die Schleimhaut der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43. 1907.*

1:1000 in physiologischer Kochsalzlösung gelöst, hält sich das synthetische Präparat, oxydirt nicht, d. h. wird nicht braun wie das organische Präparat. Auf der Nasenschleimhaut soll das synthetische Präparat nicht so brennend empfunden werden. Abkochen zerstört es nicht.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Edvard Nielsen** (Dänemark). **Wasserstoffhyperoxyd (wässerige Auflösung von Perhydrol) bei Nasenblutungen. (Brintoverilte [vandig Oplósning af Perhydrol] ved Näseblódninger.)** *Ugeskrift f. Laeger. S. 123. 23. Januar 1908.*

Hat wässerige Auflösung von Perhydrol mit gutem Erfolg gegenüber Nasenblutungen versucht.

E. SCHMIEGELOW.

22) **T. Bobone. Schleimpolypen der mittleren Muschel und kalter Abscess der unteren Muschel in derselben Nase. (Polipi mucosi del turbinato medio ed ascesso freddo del turbinato inferiore nell'istessa narice.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. No. X. 1908.*

Verf. hielt den Abscess der unteren Muschel seinem Aussehen nach zuerst gleichfalls für einen Polypen; als es aber nicht gelang, die Schlinge um die Geschwulst herumzulegen und er ein galvanokaustisches Messer in diese hineinstach, quoll ein Esslöffel gelblichen dünnen Eiters heraus.

FINDER.

23) **F. Chavanne** (Lyon). **Papillome der Nasenhöhlen. (Papillomes des fosses nasales.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. 1907.*

Interessante Monographie. Nach der pathologischen Anatomie bildet das Papillom eine streng sich von den anderen Neubildungen und den einfachen papillären Hypertrophien unterscheidende Geschwulst, der man in allen Theilen der Nasenhöhlen begegnen kann. Die vorgeführten Beobachtungen lassen sich in 3 Gruppen eintheilen:

1. Papillom der Nasenlöcher und des vorderen Theils der Nasenhöhlen,
2. Papillom des Nasopharynx und der hinteren Nasenhöhlenmündungen,

3. Papillom des mittleren Nasenganges und der Nasennebenhöhlen.

Die verschiedenen die zweite und dritte Gruppe bildenden Beobachtungen halten der Kritik nicht Stand; man muss ohne Zweifel die Möglichkeit von Papillomen in diesen Gegenden zugeben, aber die Thatsachen erweisen, dass sie dort nur ausnahmsweise auftreten und dass sie meist von localisirten Hypertrophien und Geschwülsten anderer Natur — sei es gutartiger, sei es bösartiger Natur vorgetäuscht werden.

PARMENTIER.

24) **Jonathan Wright. Dauernd wiederkehrende Papillome der Nasenhöhlen nebst einigen Bemerkungen über die Differentialdiagnose der Epithelwucherung. (Persistently recurring papillomata of the nasal chambers with some remarks on the differential diagnosis of epithelial proliferation.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Papillome der Nasenhöhle sind in jeder Form sehr selten; es sind wohl nicht mehr als 20 Fälle bekannt.

Verf. wendet sich sehr eindringlich gegen die Annahme, dass die Papillome die Neigung zu maligner Umwandlung haben. Er unterscheidet scharf zwischen der harmlosen Neigung der Papillome, zu recidiviren und den unheilvollen Recidiven maligner Epitheliome. Verf. citirt drei Fälle, darunter den von Verneuil, in dem schliesslich sehr grosse äussere Operationen vorgenommen wurden.

Zu Verwechslungen Anlass geben können die benignen Adenome (Zottenkrebs Billroth's). Verf. hat bisweilen solche Adenome für bösartig erklärt, bis ihn der klinische Verlauf über die Gutartigkeit der Geschwulst belehrte. In diesen Fällen lässt auch die histologische Untersuchung oft im Stich. In vielen Fällen giebt erst die klinische Beobachtung im Verein mit der histologischen Untersuchung Aufschluss.

Die Tendenz für Epithelproliferation ist oft begleitet von einer Keratose der obersten Epithelschichten. Es ist möglich, dass dieser Neigung zur Keratose eine constitutionelle Dyskrasie zu Grunde liegt.

EMIL MAYER.

25) **William C. Braislin. Ein seltener Nasentumor. Fibrom des hinteren Endes der mittleren Muschel. Bericht über einen Fall. (A rare nasal tumor. Fibroma of the posterior end of the middle turbinate. Report of a case.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

26) **A. Schmidt** (Würzburg). **Ein Fall von Fibroma oedematosum der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 517. 1907.*

Es handelt sich um einen erbsengrossen dünngestielten Tumor rechts am Septum bei einer Ozaena nasi et laryngis. Der Tumor war dauernd mit einer Ozaenaborke bedeckt, die somit vom Verf. als ätiologischer Factor angesprochen wird. Die kleine Neubildung besteht histologisch aus äusserst gefässarmem Bindegewebe, das mit Pflasterepithel bedeckt ist. In der ganzen Ausdehnung des Präparates sind keine Drüsenlumina vorhanden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

27) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber die blutenden Polypen der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 25. 1907.*

Beschreibung zweier Fälle von blutenden Polypen der Nasenschleimhaut, deren erster von der Nasenscheidewand, der zweite von der unteren Muschel links ausging. Im ersten Falle handelt es sich um ein Fibroangiom, im zweiten um ein Cavernom, beide gutartigen Charakters. Beiden Fällen eigenthümlich war, dass sie bei Frauen und zwar in Beziehung zum Genitaltractus vorkamen, im Fall 1 nach Abschluss der Gravidität, im Fall 2 während derselben; ferner der linksseitige Sitz, übereinstimmend mit den ursprünglichen Anschauungen über den Lieblingssitz der blutenden Polypen. — Beigefügt sind mikroskopische Abbildungen und ausführliche Literaturangaben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **Hermann Streit** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Beiträge zum Sklerom, insbesondere zur Frage: Giebt es Unterschiede zwischen Sklerom- und Friedländerbacillen und welche Rolle spielt der Sklerombacillus bei der Entstehung des Skleroms?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 408. 1907.*

Verf. berichtet über seine Versuche im Anschluss an die Mittheilung eines Falles. Zur Lösung der schwierigen Frage des Skleroms räth er, jeden Fall mit pathologisch-histologischem Befund zu veröffentlichen.

„Die histologische Untersuchung ist und bleibt nach dem heutigen Stande der Skleromfrage das einzig bestehende in der Erscheinungen Flucht; ihr muss man unter allen Umständen das entscheidende Wort für die Diagnose einräumen.“

Nachdem Verf. eingehend die Resultate mit biologisch-chemischen Methoden, besonders die durch Bakterien bedingte Vergärung von Zuckerarten (Traubenzucker, Rohrzucker, Milchzucker), sowie ihr Wachsthum in Lakmusmolke besprochen und dann gezeigt hat, dass ebensowenig wie diese Methoden die serodiagnostische Methode bisher Ergebnisse gezeitigt hat, die für die Identitätsfrage von Sklerom- und Friedländerbacillen von einschneidender Bedeutung sind, kommt er zum Schluss nach Eingehen auf die Thierpathogenität zu folgendem Facit:

Bis zum heutigen Tage ist der Beweis dafür, dass der sog. Sklerombacillus der alleinige Erreger des als Sklerom bezeichneten endemisch auftretenden Krankheitsbildes sei, nicht mit evidenter Sicherheit erbracht. Dagegen ist aller Wahrscheinlichkeit nach als sicher anzunehmen, dass der Sklerombacillus durch seine Invasion im Gewebe die hyperplastischen Stadien des Krankheitsbildes erzeugt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Mittheilungen über Sklerom. Sklerom bei einem 9jährigen Mädchen aus Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 100. 1907.*

Genaue Beschreibung eines Skleromfalles, in welchem Verf. schon aus dem makroskopischen Befund (bohnen- bis erbsengrosse harte Tumoren der einen Nasenhälfte, subglottische Wülste des Larynx) die Diagnose sicher stellte, wie er überhaupt auf diese Art der Diagnosestellung den grössten Werth legt.

Zur Erleichterung dieser stellt er für den Arzt möglichst fest umrissene klinische Bilder auf:

Granulationen auf der Nasenschleimhaut, Verengungen des Nasenrachens durch Falten- oder Kulissenbildungen und subglottische Wülste im Kehlkopf: Sklerom.

Atrophischer Nasenkatarrh bei gleichem Befund im Nasenrachen und Kehlkopf: Sklerom.

Granulationsbildung oder atrophischer Katarrh der Nase, Kulissenbildung im Nasenrachen bei gesundem Kehlkopf: Sklerom.

Bei Fehlen der charakteristischen Veränderung im Nasenrachen: Granulationsbildung der Nase + subglottische Laryngitis = Sklerom wahrscheinlich; atrophischer Katarrh der Nase + subglottische Laryngitis = Sklerom möglich.

Bei Kulissenbildung im Nasenrachen kann bei Vergesellschaftung mit supraglottischen Infiltraten und Tumoren des Larynx auch die Skleromdiagnose gestellt werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **Linck** (Frankfurt a. M.) **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Privatdocenten Dr. Streit: „Weitere Beiträge zum Sklerom".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 172. 1907.*

Linck tritt dafür ein, dass die Skleromdiagnose in charakteristischen Fällen des mikroskopischen Befundes entbehren kann, zumal das Mikroskop zuweilen versagt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Antwort auf die Erwiderung des Herrn Dr. Linck zu meiner Arbeit: „Weitere Beiträge zum Sklerom etc.".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 174. 1907.*

Verf. hält an der Nothwendigkeit der Ergänzung der makroskopischen Skleromdiagnose durch mikroskopischen Befund fest.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **F. Schmithuisen. Die Heilung des typischen Nasenrachenpolypen vermittest der Elektrolyse.** *Dissert. Rostock 1906.*

Sch. behandelte 7 Fälle von Nasenrachenpolypen mit gutem Erfolge mittelst der Elektrolyse und folgender Caustik.

Die natürlichen Zugänge von Nase und Hals reichen vollständig zur Beseitigung der Geschwulst aus, und muss deshalb jede Voroperation bei nicht complicirten Nasenrachenpolypen als überflüssig bezeichnet werden.

OPPIKOFER.

33) **Helman. Der heutige Stand der Lehre von den Nasenrachenpolypen nebst Beitrag zur Casuistik dieser Geschwülste. (Obecny stan wichy o t. zw. polipach nosogarchselowych oraz pnyczynek do kazuistyki tych nowotwosów.)** *Czasopismo Lekarskie. 1908.*

Nachdem Verf. ausführlich die geschichtliche Entwickelung, Symptomatologie, Aetiologie, Therapie der sogen. Nasenrachenpolypen auseinandergestetzt hat, stellte er auf Grund eigener Beobachtungen diese Schlusssätze auf:

1. Die Nasenrachenfibrome bilden eine eigenartige selbstständige Gruppe in der Reihe der Nasenrachenraumgeschwülste.

2. Die Nasenrachengeschwülste sollen so früh als möglich operirt werden, da dieselben eine grosse Wachsthumsenergie zeigen.

3. In den meisten Fällen genügt gewöhnlich vollständig die Entfernung per vias naturales.

4. Nur in vereinzelten Fällen, wo der schlechte Zustand des Kranken Athemnoth, oder wo Symptome einer intracranialen Complication infolge Eindringens der Geschwulst in die Schädelbasis eine baldige Intervention nöthig machen, wie auch bei retromaxillären Geschwülsten ist eine eingreifende Operationsmethode (Präliminaroperation) indicirt, deren Auswahl vom Ausgangspunkte und der Verbreitung der Tumoren abhängt.

5. Bei Patienten mit abgeschlossener Schädelbildung oder bei denen, die nahe dieser Periode stehen (25—30 Jahre), soll man sich, trotz des grossen Umfanges der Tumoren, sogar bei Anwesenheit von Verwachsungen und Fortsatzbildungen mit palliativen Methoden begnügen, da erfahrungsgemäss nach dem Abschluss der Pubertätsperiode oftmals spontan oder auf geringfügige Eingriffe die Fibrome auf dem Wege der Regeneration und Rückbildung vollständig verschwinden.

6. Bei bösartigen Geschwülsten reichen die rhinologischen Methoden nicht aus, ja, sie können sogar das Wachsthum durch Reaktion beschleunigen. In diesen Fällen ist eine totale Exstirpation durch eine eingreifende Präliminaroperation trotz den Entstellungen und der Gefahr, die diese Operation nach sich zieht, conditio sine qua non.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss nebst 7 Krankengeschichten und Tumorbildungen, die Verf. beobachtet und entfernt hat, sind der Arbeit beigefügt.

A. v. SOKOLOWSKI.

34) **Chr. Schmidt** (Chur). **Ein echtes Papillom des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 556.*

Bericht über die histologische Untersuchung des mit dem Beckmann'schen Ringmesser entfernten Tumors.

F. KLEMPERER.

35) **Goris** (Brüssel). **Unterlassung einer wichtigen Operation wegen Verkennung der Diagnose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. Heft 1.*

Eine Geschwulst an der oberen rechten Seitenwand des Nasenrachenraumes wurde lange Zeit übersehen und wurde in Folge Fehldignose an dem Kranken, der über heftige Neuralgien im Gebiete des Proc. alveolaris des Oberkiefers, später auch des Unterkiefers, litt, mehrere Zahnextractionen, eine partielle Kieferresection, sowie Kuren mit Analgeticis, ja sogar suggestive Therapie, natürlich ohne Erfolg, vorgenommen. Bei rechtzeitiger Erkennung des Leidens hätte eine schmerzlindernde, wenn nicht heilende Operation ausgeführt werden können.

HANSZEL.

36) **Frederic Eve** (London). **Einige Operationen zur Entfernung bösartiger Geschwülste aus dem Nasenrachen. (Some operations for the revomal of malignant growths from the naso-pharynx.)** *British Medical Journal. I. p. 485. 1907.*

Verf. beschreibt eine osteoplastische Oberkieferresection, die, wie er be-

hauptet, die Integrität des Oberkiefers gewährleistet und eine gründliche Freilegung des Nasenrachens, sowie des oberen und hinteren Theiles der Nase gestattet. Die Details lassen sich in Form eines Referates nicht wiedergeben. In einem Fall von Fibrosarkom wurde diese Operation mit gutem Erfolg ausgeführt.

JAMES DONELAN.

37) **Rhodes** (Chicago). **Sarkom des Nasenrachens; Behandlung mit Adrenalininjectionen. (Sarcome du naso-pharynx; traitement par les injections d'adrénaline.)** *Arch. Internat. de laryngol. No. III. Mai-Juni 1907.*

Verf. hat in einem Fall von inoperablem Nasenrachensarkom Pinselungen und Injectionen mit Adrenalin versucht. Er constatirte darauf eine gewisse Verkleinerung im Volumen des Tumors, einen Stillstand im Verlauf der Krankheit und eine Abschwächung der schmerzhaften Erscheinungen.

BRINDEL.

## c. Mundrachenhöhle.

38) **Meredith Young** (London). **Moderne Methoden zur Behandlung infectiöser Halsaffectionen. (Modern methods of treating infective conditions of the throat.)** *Lancet, London, 28. März 1908.*

Verf. liefert einen interessanten Aufsatz über die Bakteriologie des Nasopharynx, zu dem ihm das Säuglingsheim und die Patienten eines grossen Hospitals für Infectionskrankheiten das Material geliefert haben. Er beschreibt die Untersuchungen, die gemacht wurden, um Antiseptica in den Pharynx zu appliciren und die damit erzielten Resultate, das Gurgeln gab auch bei Personen, die es geschickt ausführten, geringe Resultate, während der verständige Gebrauch von Spülungen bei geübten Patienten die besten Resultate gab. Für den Gebrauch seitens der Patienten selbst erweisen sich besonders Pastillen als sehr befriedigend und Verf. tritt warm für eine weitere Vervollkommnung der Vehikel in der Pharmakopoe ein. Das als „Izol" bekannte Präparat hatte in dem Fall von Staphylococcus aureus und albus eine sehr gute baktericide Wirkung, während sich Borsäure in allen Fällen als nutzlos erwies. Für Spülungen gaben Lösungen von Chlorcalcium 1:200 die besten Resultate. Die nächstbesten Lösung von Sublimat 1:1500. In allen Fällen wurden die besten Ergebnisse mit Pastillen erzielt, speciell wenn sie Formaldehyd enthielten. Verf. bediente sich der Formaminttabletten in allen Formen septischer Halsentzündungen, einschliesslich Scharlach und Diphtherie. Die Anwendung vermehrte keineswegs die Neigung zu Albuminurie. im Gegentheil, diese verschwand, wo sie vorhanden war, während der Anwendung des Formaldehyds.

JAMES DONELAN.

39) **J. L. Goodale. Localbehandlung acuter Entzündungen des Halses vom Standpunkt der Pathologie. (Local treatment of acute inflammation of the throat from the standpoint of pathology.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1907.*

Antiseptica sollen bei Angina und im Anfang der Erkrankung gebraucht werden, so lange noch die Möglichkeit besteht, diese zu coupiren. Sind erst die characteristischen Eiterpfropfen in den Lacunen erschienen, so sollen die Anti-

septica fortgelassen werden, da sie dann nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich sind, indem sie auf die Gewebszellen und die Phagocyten eine destructive Wirkung ausüben; ferner vermindern sie die Zahl der Bakterien in den Lacunen, durch die das Toxin gebildet wird und verlängern so die zur Bildung der nothwendigen Menge von Antikörpern erforderliche Zeit. Auf die Anwendung von Antisepticis kann erhöhtes Fieber und Adenitis folgen, die auf eine vermehrte Resorption von Toxin in den Organismus hinweisen. In Fällen, in denen der acute Anfall scheinbar durch die Antiseptica coupirt ist, können kurz nachher Entzündungserscheinungen in der Nachbarschaft folgen, die längere Zeit anhalten.

LEFFERTS.

40) **G. W. H. Merrill. Atypische Fälle von Tonsillar- und Peritonsillarinfection mit einer ungewöhnlichen Complication. (Atypical cases of tonsillar and peritonsillar inflammations with one unusual complication.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Die Complication bestand in einer Orbitalaffection, bei der es zu einer Ophthalmoplegia externa nebst mässigem Exophthalmus kam. Die Venen der Retina waren weit und gefüllt, und es fanden sich alte und frische Flecke von Chloroiditis. Der Fall begann mit einem Peritonsillarabscess, der aufbrach; es folgte ein allgemein septischer Zustand. Eine in der Peritonsillargegend gemachte Incision hatte eine heftige Blutung zu Folge.

Die Arbeit handelt besonders von den Schwierigkeiten, die es bisweilen macht, den Eiterherd zu finden. Verf. erörtert diese Schwierigkeiten an der Hand von vier Fällen.

LEFFERTS.

41) **M. Young. Diagnose und Behandlung infectiöser Halsaffectionen. (The diagnosis and treatment of infective throat conditions.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Verf. bespricht die Differentaldiagnose folgender Affectionen: Scharlachangina, septische Tonsillitis, folliculäre Angina, Diphtherie, Syphilis, Rachenerysipel, Pneumokokken und Streptokokken des Halses.

LEFFERTS.

42) **Arturo Cantieri. Tonsillitis phlegmono-gangraenosa und Tonsillotomie. (Tonsillite flemmono-gangrenosa e tonsillotomia.)** *Bollett. delle malattie dell' orecchio etc. No. X. 1908.*

Fall eines 39jährigen Mannes; nach Eröffnung des Abscesses war eine weite Höhlung mit nekrotischen Gewebsfetzen vorhanden. Curettage derselben; Pinselungen mit Kalium permanganat. Später Tonsillotomie.

FINDER.

43) **Parmentier. Giebt es eine phlegmonöse Amygdalitis pharyngealis? (Existe-t-il une amygdalite pharyngée phlegmoneuse?)** *Le Progrès Médical Belge. No. 14. 1907.*

Autor fragt sich bei dieser leider auf eine nur zu wenig beweiskräftige Beobachtung sich stützende Arbeit, nachdem er noch auf seinen Artikel im Progrès Médical, p. 73 hinweist, ob nicht die Rachentonsille ebenso wie die Gaumen-

mandeln der Sitz einer Phlegmone werden könne. Obgleich er zur Bejahung der Frage neigt, lässt er sie doch dahin gestellt.

AUTOREFERAT.

44) A. Larrony. **Die frühzeitige ulceröse Scharlachangina. (L'angine ulcéreuse précoce de la scarlatine.)** *Dissert. Paris 1907.*

Die Scharlacherkrankung kann zu Ulcerationen im Pharynx führen. Lieblingssitz dieser meist nur einzeln auftretenden Geschwüre ist die Tonsille. Das Ulcus stellt sich frühzeitig vor oder mit dem Scharlachexanthem ein und hat wenig Tendenz, sich auszubreiten. Nur ausnahmsweise sah L. ein Uebergreifen von der Tonsille auf die Gaumenbögen und die Uvula. Die Drüsen sind geschwollen, aber vereitern nicht.

Verf. beobachtete auffallend häufig, bei 72 Scharlachpatienten 9 Mal, eine ulcerirende Angina. Die 9 Fälle, deren Krankengeschichten in der Arbeit wiedergegeben werden, verliefen günstig.

OPPIKOFER.

45) Guimezane. **Beitrag zum Studium der pseudo-membranösen Anginen. (Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneues.)** *Thèse de Bordeaux. 1908.*

Verf. beschreibt eine Form der pseudomembranösen Angina, die sich klinisch nicht von den Anginen derselben Art unterscheidet und durch einen nach Gram nicht färbbaren Diplococcus hervorgerufen wird. Experimentell erzeugt dieser Diplococcus Pseudomembranen; er hat verschiedene Virulenz und ist oft mit dem Löffler'schen Bacillus bei der diphtherischen Angina vergesellschaftet.

BRINDEL.

46) L. Costa. **Ueber die Angina im Anschluss an Gicht. (Contribution à l'étude de l'angine goutteuse.)** *Dissert. Montpellier 1906.*

Verf. stellt 10 Fälle von Angina urica aus der Literatur zusammen und fügt eine eigene Beobachtung hinzu. Diese Art von Angina tritt kurze Zeit vor dem eigentlichen Gichtanfall auf; sie verursacht heftige Schmerzen, verläuft aber rasch. Auf ihrem Höhestadium gleicht die Erkrankung einer Peritonsillitis, ohne dass aber Eiter oder Drüsenschwellung nachweisbar sind. Die Temperatur schwankt zwischen 37,5° bis 38,5°.

OPPIKOFER.

47) Cordillot. **Orchitis mit Hodenatrophie in einem Fall von herpetischer Angina. (Orchite avec atrophie testiculaire dans un cas d'angine herpétique.)** *Arch. de méd. militaire. December 1907.*

Ein junger Soldat, der alle Zeichen einer herpetischen Angina aufwies, bekam am 7. Tage Schmerzen im rechten Hoden; dieser schwoll an, ohne dass der Nebenhoden daran theilnahm. Kein Harnröhrenausfluss. Nach vier Tagen Rückgang der Hodenentzündung; es trat darauf vollkommene Atrophie des Hodens ein.

A. CARTAZ.

48) H. A. Laan (Utrecht). **Gangrän eines Fusses und eines Unterschenkels im Anschluss an eine Angina. (Gangraen van een voet en een onderbeen bij een kind in aansluiting aan een angina.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 241. 1908.*

Vernachlässigter Fall. Der 7jährige Knabe hatte Schluckschmerzen, weisse

Flecke im Halse, schmerzhafte Drüsenschwellung und fühlte sich krank. Nach 14 Tagen waren die lokalen Erscheinungen verschwunden; es bestand aber Oedem des Gesichts und der Extremitäten, das in wenigen Tagen wieder verschwand. Indessen waren die Beine blau und eiskalt geworden; auch bildete sich ein Abscess an den Hinterbacken, der nur ganz langsam ausheilte. Zwei Monate nach dem Anfang der Erkrankung war eine scharfe Demarkation zwischen todtem und lebendigem Gewebe aufgetreten. Der Abstossungsprocess wurde der Natur überlassen und war erst nach weiteren 4 Monaten abgelaufen. Der rechte Unterschenkel war fast ganz, der linke Fuss grösstentheils verloren gegangen.

Erst zwei Jahre nach der Halsentzündung, über deren Natur jetzt nichts Näheres bestimmt werden kann, haben sich die Eltern entschlossen, für ihr Kind, das weder stehen noch gehen kann, ärztliche Hülfe einzuholen. Ausser den schlecht geheilten Extremitäten hat der Knabe auch eine ausgesprochene Mitralinsufficienz. Im Anfange der Gangränbildung soll er Anfälle von Herzklopfen und Atemnoth gehabt haben, während der Harn in diesen Tagen sehr dunkel, fast schwarz gewesen sein soll.

Es folgt die Beschreibung der jetzt eingeleiteten chirurgischen Behandlung der unteren Extremitäten. Verf. verbreitet sich an der Hand der Literatur über die Natur der spontanen Gangrän der Extremitäten bei Kindern. H. BURGER.

49) **L. Bernard** (Paris). **Nephritis nach Mandelentzündungen. (Nephrites amygdaliennes.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. August 1908.*

Ausser den Scharlachanginen giebt es noch Nephritiden nach einfacher Angina, bei denen oft sehr starke Albuminurie vorhanden ist, die aber gewöhnlich sehr schnell wieder verschwinden. GONTIER de la ROCHE.

50) **Comby** (Paris). **Nephritis nach Mandelentzündung. (Nephrites amygdaliennes.)** *Société médicale des hôpitaux. Paris. 6. November 1908.*

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. diese Nephritiden für gutartig. Hämaturie ist im Beginn die Regel. Bisweilen constatirt man Aufgedunsenheit des Gesichts und Anasarca. In 2 Fällen hat Verf. eklamptische Anfälle auftreten sehen. Nicht nur die Tonsillen, sondern der ganze Pharynx können Ausgangspunkt für die Nephritis sein. GONTIER de la ROCHE.

## d. Diphtherie und Croup.

51) **Gereda** (Madrid). **Nasendiphtherie. (Difteria nasal.)** *Doctordissertation. October 1907.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

52) **Rueda** (Madrid). **Nasen- und Rachendiphtherie. (Difteria nasal y faringea.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 11.*

Fall eines 2jährigen Kindes, das 2 Tage, nachdem sein Bruder an Rachendiphtherie erkrankt war, eine Rhinitis fibrinosa bekam. R. ist der Ansicht, dass die Rhinitis fibrinosa eine Diphtherie mit abgeschwächter Virulenz sei. TAPIA.

53) **John Howland. Circulationsstörungen bei Diphtherie. (Circulatory disturbances in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Fettige Degeneration des Herzens findet sich häufig: nicht so häufig sind Thrombosen und Embolien. Der Tod trat ein in Folge Lähmung der vasomotorischen Centren. Die bei postdiphtherischen Circulationsstörungen zu gebrauchenden Medicamente sind: Digitalis, Coffein, Nitroglycerin. Indicationen für deren Anwendung giebt Unreinheit des ersten Herztons.

LEFFERTS.

54) **Howard T. Kassner. Das Blut bei Diphtherie. (The blood in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 10. October 1908.*

Es wird allgemein behauptet, dass Myelocyten im peripherischen Blut Diphtheriekranker zahlreicher sind, als bei anderen Infectionskrankheiten, und es ist festgestellt worden, dass, wenn der Procentsatz von diesen 2 oder mehr erreicht, die Prognose sehr ernst ist. Viele Autoren haben sich mit dieser Annahme nicht einverstanden erklärt. K. hat sowohl vor wie nach der Injection von Antidiphtherieserum keine Myelocyten gefunden. Aus seinen Untersuchungen in 13 Diphtheriefällen ergiebt sich das Vorhandensein einer mässigen Leukocytose. In äusserst toxischen und äusserst milden Fällen kann diese Leukocytose fehlen. In den Verhältnissen der verschiedenen Formen der weissen Blutkörperchen ist nichts Abnormes zu constatiren. Weder der Grad der Leukocytose noch die Proportionen der verschiedenen Zelltypen lassen irgend welchen Schluss auf die Schwere der Infection zu, noch übt das Antitoxin irgend welchen Einfluss darauf aus.

LEFFERTS.

55) **Isaac M. Heller. Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Collapse following injection of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 8. August 1908.*

Sofort nach der Injection fiel der Knabe bleich und bewusstlos um; die Pupillen waren dilatirt, der Radialpuls nicht zu fühlen. Pat. erhielt subcutan Strychnin; es wurde künstliche Athmung eingeleitet und erst nach 10 Minuten kehrte das Bewusstsein wieder. Pat. fühlte sich danach wieder völlig wohl; jedoch nach 3 Stunden trat ein neuer Collapsanfall ein. Die beiden anderen Geschwister des Pat. hatten von demselben Antitoxin Injectionen erhalten, ohne dass irgend welche Nebenerscheinungen eintraten. Verf. glaubt, dass er bei dem Knaben den ganzen Inhalt der Spritze in eine Vene injicirt habe und dass der Collaps in Folge des plötzlichen Eintrittes einer grossen Flüssigkeitsmenge in den Blutstrom eintrat.

EMIL MAYER.

56) **G. Middleton. Fall von diphtherischer Lähmung mittels Injectionen von Roux'schem Antidiphtherieserum behandelt. (Case of diphtheritic paralysis treated by injections of the antidiphtheric serum of Roux.)** *Lancet. 18. Juli 1908.*

Es handelte sich um einen 31jährigen Mann mit ausgesprochenen Lähmungserscheinungen an Armen und Beinen. Diese Symptome verschlechterten sich nach

der Anwendung des faradischen Stroms. Es wurden 6 Tage lang 10 ccm Roux'sches Serum und dann 20 ccm davon injicirt. Es trat sehr rapide Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

57) **Dobrowolsk. Zwei Fälle von Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (Dwa pnypadki gruzlicy krtani u dzieu.)** *Medycyna. No. 38. 1908.*

Verf. hat 2 Fälle von Kehlkopftuberculose bei Kindern beobachtet. Bei einem 5jährigen Knaben, der seit 2 Monaten an starken Halsschmerzen, Atemnoth und Anämie litt, fand man im Auswurf Tuberkelbacillen, im Urin Spuren von Eiweiss. Das Kind starb nach 9 Tagen. In den Lungen wurden deutliche Spitzeninfiltrate nachgewiesen, Epiglottis stark infiltrirt, das Innere des Kehlkopfs kaum sichtbar. Bei der Autopsie wurden deutlich nachweisbare tuberculös-käsige Massen in den Lungen, im Kehlkopfe Infiltrate der Stimmbänder und der Epiglottis mit deutlichen frischen tuberculösen Ablagerungen gefunden.

Der zweite Fall betrifft ein 1 Jahr und 4 Monate altes Mädchen, das seit 3 Monaten an Lungenentzündung krank war, das Kind hatte hohes Fieber und war sehr entkräftet. Im Auswurf wurden Tuberkelbacillen entdeckt. Auf dem hinteren Theil des Pharynx wie auf der linken Gaumenmandel befand sich ein grauer Belag in Grösse eines Markstückes: Laryngoskopiren war unmöglich. Der Belag machte den Eindruck eines diphtheritischen. Im Laufe von 2 Wochen wurde die stark infiltrirte Epiglottis sichtbar. Nach einigen Monaten starb das Kind. Bemerkenswerth ist das Alter der Kranken und die Dysphagie, wobei bei starkem Husten Blut zum Vorschein kam.

A. v. SOKOLOWSKI.

58) **R. Sokolowski** (Königsberg). **Larynxtuberculose und Gravidität.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Bd. X. H. 6. 1908. Marhold, Halle a. S.*

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die Frage des Einflusses der Gravidität auf die Tuberculose und die Berechtigung resp. Verpflichtung der Einleitung eines Aborts bei schwangeren Frauen mit Kehlkopftuberculose berichtet S. über 5 neue Fälle aus Gerber's Praxis und kommt auf Grund des gesammten vorliegenden Materials zu folgenden Leitsätzen:

1. Die Complication der diffusen Larynxtuberculose mit Schwangerschaft führt in den meisten Fällen zum Tode der Mutter; ebenso ist die Mortalitätsziffer der unter solchen Umständen geborenen Kinder eine sehr grosse.

2. Eine Ausnahme von dieser ungünstigen Prognose bilden
   a) die tuberculösen Larynxtumoren,
   b) diejenigen Fälle, wo die Larynxtuberculose erst in den letzten Wochen der Schwangerschaft auftritt.

3. Bei Schwangeren, die sich im terminalen Stadium ihrer tuberculösen Erkrankung befinden, wo jede Rettung ausgeschlossen erscheint, hat ein operativer Eingriff zu unterbleiben; nur unter ganz besonderen Umständen — als Indicatio symptomatica — wäre hier eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft zu rechtfertigen.

4. Bei den übrigen — mit Ausnahme der unter 2. genannten — ist der künstliche Abort anzurathen, und zwar ist die Prognose um so besser, je früher der Eingriff ausgeführt wird. Daher sind auch die Chancen für die Rettung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt beinahe gleich Null.

5. Der Tracheotomie ist eine heilende Wirkung nur in den seltensten Fällen zuzusprechen; als Indicatio vitalis wird sie öfter in Betracht kommen.

6. Um den günstigen Zeitpunkt für eine möglichst frühzeitige Vornahme des künstlichen Abortes nicht zu versäumen, soll bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberculose zu uns kommt, eo ipso auf Gravidität gefahndet werden.

7. Die allgemein gültigen Regeln über das Eheverbot Tuberculöser, sowie die Verhütung der Conception (facultative Sterilität) sind strengstens zu beachten.

8. In geeigneten Fällen wird es sich vielleicht empfehlen, im Anschluss an den günstig verlaufenen künstlichen Abort die künstliche Sterilisirung anzurathen.

A. ROSENBERG.

59) **B. Robinson. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *American Journal Medical Sciences. August 1908.*

Verf. hält für die Hauptpunkte bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose: Stimmruhe und Inhalationen. Er ist kein Anhänger der intralaryngealen Chirurgie bei Kehlkopftuberculose. Verf. lässt seine Patienten eine Art Respirator aus Zink tragen, die mit in Kreosot und Alkohol getränkter Watte gefüllt sind.

EMIL MAYER.

60) **Felkin Hilt. Werth der vollkommenen Stimmruhe als therapeutisches Hülfsmittel bei Larynxtuberculose. (Value of complete vocal rest as an aid to recovery from laryngeal tuberculosis.)** *British Medical Journal. Vol. I. p. 1411. 1907.*

Mittheilung von Fällen, die durch Sanatorienbehandlung günstig beeinflusst wurden.

E. B. WAGGETT.

61) **G. Fineman** (Gefle, Schweden). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose, besonders mit Galvanokaustik. (Larynxtuberculosens behandling särskildt med galvanokaustik.)** *Vortrag in der Sitzung der oto-laryngologischen Gesellschaft in Stockholm vom 24. October 1908.*

Verf. tritt als ein grosser Freund dieser Behandlung auf, durch welche sowohl die subjectiven Unannehmlichkeiten wie die objectiven Veränderungen günstig beeinflusst werden. Die einzige Contraindication liegt nach der Meinung des Verfassers dann vor, wenn die allgemeinen Kräfte des Kranken so herabgesetzt sind, dass man befürchten muss, dass der Zustand durch den Eingriff verschlimmert werden kann. Die Galvanokaustik bringt jedoch nicht immer eine vollständige Heilung hervor; auch wenn der tuberculös veränderte Kehlkopf nach der Aetzung sein normales anatomisches Aussehen und seine normale Function wiederbekommt, kann man nicht sicher sein, dass in der Narbe oder in der Tiefe der Schleimhaut sich ein Herd befindet, der nach kürzerer oder längerer Zeit sich entwickelt.

Diese Verhältnisse fordern eine lange Beobachtung. Die Erfahrung des Verf.'s wird durch eine Casuistik von 11 Fällen illustrirt.

E. STANGENBERG.

62) **Cyril Hersford. Eine neue Methode zur Erleichterung intralaryngealer Operationen nebst 4 Fällen von Entfernung benigner Geschwülste vom Stimmband. (An original method of facilitating intra-laryngeal operations with 4 cases of innocent growths of the vocal cord removed.)** *Lancet. 11. Juli 1908.*

Eine Naht wird durch die Epiglottis gelegt, deren Enden über die Mitte der Zunge gezogen und dort durch ein Paar Spencer-Wells'scher Zangen festgehalten. Verf. braucht für die Durchführung der Nadel durch die Epiglottis eine Modification des Kurz'schen Nadelhalters. Illustrirt. Vier Fälle werden berichtet.

ADOLPH BRONRNR.

63) **Ch. Denille. Ueber die Behandlung der Kehlkopfpapillome beim Kinde. (Du traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.)** *Dissertation. Toulouse 1907.*

In erster Linie ist die endolaryngeale Behandlung zu versuchen und die Tracheotomie oder Laryngofissur nur auf Ausnahmefälle zu beschränken.

Nicht erwähnt wird die Behandlung der Larynxpapillome mittelst der Löri-schen Katheter.

OPPIKOFER.

64) **D. Croby Griene. Eine ungewöhnliche Kehlkopfcyste. (An unusual cyst of the larynx.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Es handelt sich um ein 9jähriges Kind. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte einen glatten, blaurothen, kugeligen Tumor, der die rechte Hälfte der Epiglottis und die rechte pharyngo-epiglottische Falte einnahm, vorne die Zungenbasis und hinten die hintere Rachenwand berührte. Er verdrängte die Epiglottis nach links hinüber und verdeckte das Cavum laryngis vollständig. Er war fest bei der Berührung, ohne den Anschein der Fluctuation zu zeigen. Zwei Tage nach der Tracheotomie schien der Tumor etwas grösser und hatte eine mehr gelbliche Farbe angenommen.

Operation: Das Kind wurde in Rose'scher Lage durch die Tracheotomiecanüle ästherisirt, dann der Tumor mittels einer Schlinge gefasst. Beim Versuch, ihn herauszuziehen, riss seine Wand und eine bräunliche Flüssigkeit ergoss sich in die Mundhöhle. Mit dem Collabiren der Cyste nahmen die Theile ungefähr ihr normales Aussehen wieder an, die Epiglottis kehrte zur Mittellinie zurück. Am folgenden Tage Entfernung der Tube. Bereits nach einer Woche hatte die Geschwulst fast die Hälfte ihrer früheren Grösse wieder erreicht. Es wurde — wiederum in Aethernarkose — ein Stück der Cystenwand mit schneidenden Zangen entfernt, wobei sich ein Theelöffel Eiter entleerte. Augenscheinlich war die Cyste bei der ersten Operation mit einem schwach virulenten Eitererreger inficirt worden. Fieber bestand nicht.

Mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab nichts weiter, als einen subacuten entzündlichen Process in derselben. Seit der letzten Operation ist kein

Recidiv eingetreten. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt nur leichte Verdickung der rechten pharyngo-epiglottischen Falte.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die verschiedenen Formen von Kehlkopfcysten und deren Behandlung.

EMIL MAYER.

65) **Thomas J. Harris. Ein Fall von erfolgreich mittels Laryngo-Tracheofissur behandelten subglottischen Papillom. (A case of subglottic papilloma cured by laryngo-tracheal fissure.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Der Tumor verschwand ohne jede weitere Behandlung, nur infolge der durch die Trachealfistel gewährleisteten Ruhestellung. Verf. empfiehlt warm für alle derartigen Fälle diese Behandlung.

EMIL MAYER.

66) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Nachtrag zum Aufsatz „Ein Fall von Hämangiom der linken Stimmlippe".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 395. 1907.*

Nachträgliche Erwähnung zweier von Grünwald veröffentlichter Fälle. Sie sind in seinem „Atlas der Kehlkopfkrankheiten" mitgetheilt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

67) **Chatin, Vignard, Sargnon** (Lyon). **Kehlkopfpapillom. Tracheotomie. Tod infolge schwerer Trachealulceration. (Papillome du larynx. Trachéotomie. Mort à la suite d'ulcération grave trachéale.)** *Lyon Médical. No. 39. 27. September 1908.*

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, bei dem seit dem Alter von 6 Monaten Athemschwierigkeiten bestanden. Das Kind starb kurze Zeit nach der Tracheotomie infolge Bronchopneumonie.

Die Autopsie ergab Papillommassen, die die Stimmbänder bedeckten. Ausserdem fand sich eine Ulceration in der Trachea in Höhe der Canülenöffnung.

GONTIER de la ROCHE.

68) **J. A. Watson. Kehlkopfkrebs. Der augenblickliche Stand von Diagnose, Prognose und Behandlung. (Carcinoma of the larynx. The present status of its diagnosis, prognosis and treatment.)** *Journal of Minnesota State Medical Association. 1. Mai 1907.*

Verf. empfiehlt auch in hoffnungslosen Fällen die Operation, um das Leben der Patienten zu verlängern und es erträglicher zu gestalten.

EMIL MAYER.

69) **Rueda. Ueber die Diagnose des Kehlkopfkrebses. (Diagnostico del cancer de la laringe.)** *Arch. de oto-rino-laringologia. No. II.*

Verf. theilt einige Fälle mit, die dazu dienen sollen, die Schwierigkeiten, die die Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Tuberculose und Carcinom unter Umständen machen kann, zu illustriren.

A. J. TAPIA.

70) **Chiari** (Wien). **Bericht über elf Fälle von Kehlkopfkrebs, operirt auf seiner Klinik vom 1. Juni 1906 bis 31. Mai 1907. (Rapport sur onze cas de cancer du larynx opérés dans sa clinique du 1. Juin 1906 au 31. Mai 1907.)** *Arch. internat. de laryng. No. 5. 1907.*

Es wurden 4 Thyreotomien, 4 halbseitige und 3 totale Exstirpationen ge-

macht. Ein Fall starb in Folge der Totalexstirpation. Es sind drei Recidive zu verzeichnen, von denen zwei nach Totalexstirpation. BRINDEL.

71) **Finder** (Berlin). **Demonstration eines endolaryngeal operirten Kehlkopfkrebses.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Bei einem 74jährigen Mann fand sich am rechten Stimmband eine sich etwas über den freien Rand erhebende tumorartige Verdickung. Stimmband etwas geröthet, träge Bewegung, Heiserkeit. Probeexstirpation: Carcinom. In 2 Sitzungen wird der Tumor und grösste Theil des Stimmbandes exstirpirt. Nach $7^1/_2$ Monat ohne Recidiv.

In der Discussion bemerkt B. Fränkel, dass der Larynxkrebs verhältnissmässig spät Metastasen mache, dass daher die intralaryngeale Operation, wenn wirklich im Gesunden operirt wird, ebenso gute Resultate biete, wie die anderen Methoden. ALBANUS (ZARNIKO).

72) **Botella. Krebs der linken Larynxhälfte; halbseitige Exstirpation nach der Gluck'schen Methode. Heilung. (Epithelioma de la moitié gauche du larynx; hémilaryngectomie par le procédé de Gluck. Guérison.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 9. 1907.*

Der Tumor nahm die vorderen zwei Drittel des Stimmbandes und auch etwas des Taschenbandes ein. Die Hälfte des Kehlkopfes wurde in zwei Zeiten entfernt. 1. Zeit: Tracheotomie. 15 Tage später 2. Zeit: Halbseitige Exstirpation. Heilung.

BRINDEL.

73) **v. Bruns** (Tübingen). **Ueber die Radicaloperation des Kehlkopfkrebses mittels Kehlkopfspaltung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1906.*

Die Geschichte der Chirurgie des Kehlkopfkrebses lehrt, dass seit den ersten Versuchen des Amerikaners Buck (1851) nach anfänglichen Misserfolgen mit der Spaltung des Kehlkopfes, dann mit der Exstirpation desselben (Billroth 1873) die Erfolge seit der Zeit gute, ja glänzende geworden sind, da man dazu überging, im Frühstadium zu operiren und die Thyreotomie als Voract der Exstirpation des Neoplasmas zu bevorzugen. Eine sogar noch durch mangelhafte Resultate mangelhafter Operateure ungünstig beeinflusste Statistik des Verf.'s über 114 Fälle seit dem Jahre 1890 ergiebt: 9 pCt. Mortalität, 22 pCt. Recidive, 48 pCt. Heilungen (bis zu 1 Jahr). Noch weit besser sind die Resultate Semon's: 20 Thyreotomien mit einem Todesfall, 2 Recidiven, 17 Heilungen von 1—13jähriger Dauer. Verf. schildert die von ihm geübte Operationsmethode, an der folgende Punkte bemerkenswerth sind: Skopolamin-Morphiumnarkose, locale Anästhesirung der Schnittlinie durch Novocaininjection, der Kehlkopfschleimhaut (nach Eröffnung der Kehlkopfhöhle) durch Bepinselung mit Cocain-Adrenalinlösung. Wenn es angeht, keine Tamponcanüle, jedenfalls Kocher'sche Schräglage mit Hängelage des Kopfes. Ausgiebige Exstirpation des Kranken im Gesunden unter künstlicher Beleuchtung mit elektrischem Lämpchen. Vernähung der Schildknorpelhälften durch das Perichondrium, ebenso des oberen Abschnittes der äusseren Wunde, während der untere Abschnitt im Bereich der Trachea offen bleibt und nur lose tamponirt wird.

Die geschilderte Operation ist so einfach, ihre Chancen sind so vortrefflich, dass Verf. mit Recht die Versuche auf intralaryngealem Wege Carcinome zu exstirpiren verwirft, obwohl das einige Male gelungen ist. Die intralaryngealen Eingriffe sind nicht harmlos, sie stellen beachtenswerthe mechanische Reizungen vor und tragen dazu bei, dass der günstige Zeitpunkt für die Thyreotomie versäumt wird. Aus diesen Gründen hält Verf. die endolaryngealen Operationen des Kehlkopfkrebses nicht bloss für unzureichend, sondern auch für schädlich, da sie den Kranken in der Regel nur Nachtheile bringen. Die grosse Zahl erfolgloser Versuche fände sich nirgends verzeichnet, aber er habe hierfür traurige Beispiele gesehen.

ZARNIKO.

74) **F. R. Nager** (Basel). **Ueber das primäre Trachealcarcinom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 297. 1907.*

Zusammenstellung der Literatur seit der grundlegenden Bearbeitung dieser Erkrankung durch v. Bruns aus dem Jahre 1898 und Beschreibung eines eigenen Falles. Die meisten Fälle wurden im Alter von 50—60 Jahren beobachtet und zwar häufiger beim männlichen als weiblichen Geschlecht.

In weit vorgeschrittenen Fällen tritt ein Uebergreifen der Geschwulst auf die Nachbarorgane ein, so dass dann die Entscheidung der primären Localisation bedeutend erschwert ist.

Am häufigsten ist der breitaufsitzende, halbkuglige Tumor, der immer mehr ins Lumen hineinwächst und dieses verengt. Seltener sind die ausgebreitet infiltrirenden, die polypösen oder endlich die multipel auftretenden papillomatösen Formen.

Histologisch handelt es sich um Cancroide, solide oder Cylinderzellencarcinome. Die Symptomatologie des primären Trachealkrebses ist hauptsächlich bedingt durch die Verengerung des Tracheallumens: zur eigentlichen Krebskachexie kommt es selten. Die Prognose ist naturgemäss eine sehr trübe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

## f. Schilddrüse.

75) **C. W. Broers** (Utrecht). **Das Vorkommen von Schilddrüsenvergrösserung in der Provinz Utrecht. (Het voorkomen van vergrooting der schildklier in de provincie Utrecht.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 18. 1907.*

Anlässlich der bei der Militärprüfung constatirten Thatsache, dass in der Stadt Utrecht Schilddrüsenvergrösserung viel häufiger als in der übrigen gleichnamigen Provinz vorkommt, ist von der Gesundheitscommission eine Enquete veranstaltet worden. Die Ergebnisse sind folgende: In der Stadt Utrecht ist Schilddrüsenvergrösserung eine sehr häufige Affection. Deutliche Zeichen von Basedowscher Krankheit sind dabei selten; nervöse Symptome dahingegen häufig. Oft findet sich die Affection bei mehreren Personen aus einer Familie. Sie kommt viel häufiger bei Frauen als bei Männern vor; ist aber auch bei letzteren nicht selten. Die Vergrösserung ist in der Regel eine mässige. Sie findet sich selten bei Kindern unter 10 Jahren, am häufigsten zwischen 10 und 40 Jahren. Auf eine Beziehung

der Frequenz zu der Wasserversorgung oder zu der Art des Bodens hat nichts hingewiesen.

In den verschiedenen Wässern, welche in der Provinz Utrecht getrunken werden, wurde ein Gehalt von resp. 0,01, 0,02 und 0,05 mg an Jod pro Liter Trinkwasser, also gewiss kein hohes Verhältniss, constatirt. H. BURGER.

76) **Louis B. Wilson. Die pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse auf Grund des pathologischen Befundes in 275 Fällen von Morbus Basedow. (The pathological changes in the thyroid gland based on the pathological findings in 275 cases of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

In den frühsten Stadien acuter Fälle fand sich Hyperämie und Zellhyperplasie, in späteren Stadien bei schwereren und sehr schweren Fällen Zunahme des Parenchyms und zwar kann man — allgemein gesprochen — sagen, dass diese in directem Verhältnisse zu der Intensität der Symptome stand; in vielen Fällen war eine Vermehrung des resorbirbaren Secrets zu constatiren. In Fällen, in denen klinisch ein Nachlassen der toxischen Symptome nachweisbar war, zeigte sich die Abnahme der Function in der Drüse in der Exfoliation oder Abplattung der Parenchymzellen oder die Abnahme der Resorption in der Anwesenheit von dickem, gelatinösem, färbbarem Secret, dem sogenannten „Colloid". Fälle, die von den toxischen Erscheinungen geheilt waren und nur noch an den lange vorher acquirirten Herz- oder Nervenaffectionen litten, zeigten abgeplattetes, nicht secernirendes Epithel und grosse Mengen „Colloid".

Die leichten Fälle von langer Dauer sind fast immer Adenome, bei denen zwar eine Totalzunahme des Parenchyms durch Vermehrung der Alveolen, jedoch keine wesentliche Vermehrung der Functionskraft der einzelnen Parenchymzellen vorhanden ist. LEFFERTS.

77) **P. Ast. Ueber einen Fall von Tuberculose der Schilddrüse.** *Dissertation. Erlangen 1906.*

Der 25 Jahre alte Landwirth war an multipler Knochentuberculose und Tuberculose des Kehlkopfs und der Lungen gestorben. Die Schilddrüse war bei der Section fast ganz verkäst; immerhin muss noch genügend normalfunctionirendes Schilddrüsengewebe bestanden haben, da Ausfallserscheinungen gefehlt hatten.

An Hand der Literatur Besprechung des Krankheitsbildes. OPPIKOFER.

78) **Simon** (Paris). **Die Tuberculose der Schilddrüse nebst einem Fall von kaltem Schilddrüsenabscess. (La tuberculose du corps thyroide à propos d'un cas d'abcès froid thyroidien.)** *Progrès médical. No. 37. 12. September 1908.*

Es handelte sich um einen 42jährigen Mann, der in der Mittellinie des Halses einen kleinen völlig reactionslosen Tumor hatte. Die Schilddrüsenlappen, die anscheinend mit diesem Tumor in keinem Zusammenhang standen, waren völlig intact. Pat. hatte ausserdem einen kalten Abscess an der Hüfte. Der Tumor erwies sich als ein Abscess der Schilddrüse; er wurde incidirt, die Höhle curettirt,

Es blieb jedoch eine Fistel bestehen. Verf. räth, in solchen, übrigens seltenen Fällen die partielle Thyroidectomie zu machen. GONTIER de la ROCHE.

79) **O. von Wilucki. Zwei Fälle von Struma sarcomatosa.** *Dissert. München 1906.*

Bei dem ersten Falle stellten sich ungefähr 15 Monate nach erfolgreicher Operation des linken sarkomatösen Schilddrüsenlappens Metastasen im Wirbelcanal ein und führten unter äusserst qualvollen Ausfallserscheinungen des unteren Theiles des Rückenmarks zum Exitus.

Bei dem zweiten Falle brach die nicht operirte maligne Struma allmählich in Oesophagus und Trachea durch. OPPIKOFER.

80) **O. Kurrer. Zur Kenntniss der Struma sarcomatosa.** *Dissert. München 1906.*

Die sarkomatöse Struma führte bei der 67jährigen Frau zu Metastasen im Gehirn und den Mediastinaldrüsen. Tod an Kachexie. OPPIKOFER.

81) **Lewellys F. Barker. Die Diagnose der Basedow'schen Krankheit. (The diagnosis of the ophthalmic goiter.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Verf. bespricht ausser den drei Cardinalsymptomen auch die übrigen diagnostischen Zeichen: die Herzgeräusche, psychische und nervöse Erscheinungen, das Graefe'sche Zeichen nebst den anderen Augensymptomen, die Hautpigmentation, die vasomotorischen Erscheinungen, die Stoffwechselveränderungen etc. Der Muskeltremor ist so häufig, dass ihn Verf. mit Marie als viertes Cardinalsymptom gelten lassen möchte. EMIL MAYER.

82) **Albert Kocher. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Von 3460 Kropfoperationen, die auf der Kocher'schen Klinik vorgenommen wurden, betrafen 315 an 254 Patienten Fälle mit Basedow'scher Krankheit. Unter den letzten 91 an 63 Patienten vorgenommenen Operationen war kein Todesfall. Im Ganzen wurden nur 9 von den 254 Patienten verloren (3,5 pCt.).

EMIL MAYER.

83) **W. Edmunds. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit der Milch schilddrüsenloser Ziegen. (Treatment of Graves' disease with the milk of thyroidless goats.)** *Lancet. 25. Januar 1908.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, die alle vergebens mittels der verschiedensten Methoden behandelt wurden, bis durch das Trinken von Milch thyreodectomirter Ziegen Besserung erzielt wurde. Die Entfernung der Schilddrüse bei Ziegen ist sehr leicht; das beste Alter für die Thiere ist 2—3 Jahre. ADOLPH BRONNER.

## g. Oesophagus.

84) **Janczuvowicz. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Oesophagusdilatation. (W sprawie vospoznawania i leczenia vozczeneń pnelyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 36, 37. 1908.*

Auf Grund von Beobachtung von 3 Fällen von Oesophagusdilatation kommt Verf. zu folgenden wichtigen Schlüssen: 1. Es ist falsch, aus dem klinischen Bild einen Schluss auf die Pathogenese des Falles zu ziehen. 2. Der einzige unmittelbare und nächste Grund znr Erweiterung des Oesophagus ist dessen Atonie. Diese kann primär sein und in diesem Fall entwickelt sie sich immer zu gleicher Zeit und gleichmässig mit dem Spasmus cardiae, oder secundär, wenn der Spasmus cardiae präexistirt. In jedem Fall jedoch von Atonie und Erweiterung des Oesophagus muss der Spasmus cardiae von geringerer oder grösserer Beständigkeit coexistiren, und dessen Fehlen bei Oesophagusdilatation muss man nicht als eine Annäherung an einen Typus von pathologisch normalen Verhältnissen ansehen, sondern als eine Complication der Oesophagusdilatation. 3. Ein fernerer Factor bei der Bildung der Atonie des Oesophagus ist vor Allem eine fehlerhafte Art von Kauen und eine allgemeine Schwäche. 4. Sogenannte Divertikel des unteren Theiles des Oesophagus existiren nicht und die unter diesem Namen beschriebenen Fälle sind eigentlich Oesophagusdilatationen. Divertikel in dem unteren Theile des Oesophagus können nur secundär erscheinen auf Grund der Dilatation als Folge der weiteren Evolution. 5. Die Rumpel'sche Methode (Unterschied der Divertikel von Oesophagusdilatation) hat keinen Werth; denn sie kann zu einem Ergebniss führen, welches Divertikel anzeigt in der gewöhnlichen Oesophagusdilatation und zwar besonders dann, wenn nach Abfluss einer gewissen Menge der Flüssigkeit durch die gelöcherte Sonde der Druck in beiden Höhlen (Oesophagus und Magen) gleich war. 6. Spasmus cardiae vergrössert sich in der Periode der Forcirung der dilatatirten Wände und nimmt ab in der Periode von genügender Bewegungsmöglichkeit der Oesophagusmusculatur. 7. In der Oesophagusdilatation können Speisen vom vorigen Tage stagniren; dies kann abhängig sein von ungenügendem Kauen von härterer Nahrung (letzteres ist meist Ursache von Bildung von Pfröpfen, d. h. mechanischer Verstopfung der supracardialen Gegend), von Complication der Divertikel mit Erweiterung, von ziemlich grosser Verkrümmung des Oesophagus, von grosser Erweiterung der Gegend an der Cardia (Birnenform der Dilatation), ferner überhaupt in der Periode ungenügender Muskelthätigkeit des erweiterten Oesophagus. 8. In normalen Verhältnissen erfolgt die Entleerung der Erweiterung in den Magen in genügender Weise von selbst mit Hülfe von eigenen peristaltischen Bewegungen des Oesophagus und des Oeffnens der Cardia von Zeit zu Zeit. Auf die Entleerung hat auch der hydrostatische Druck der Säule des Inhalts auf die Cardia einen grossen Einfluss. A. v. SOKOLOWSKI.

85) **L. Liebl. Ueber traumatische Lungengangrän infolge von Oesophagusruptur.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Im Anschluss an schwere körperliche Anstrengung Zerreissung der Speiseröhre bei 46jährigem Mann; Mediastinitis, Lungengangrän, Exitus.

Verf. nimmt an, dass ursprünglich ein Fractionsdivertikel der Speiseröhre bestanden hätte, das dann Veranlassung zur Perforation gab; bei der secundären Eiterung wurde das Divertikel zerstört und war deshalb bei der Section nicht mehr nachzuweisen. OPPIKOFER.

86) **Pastour. Ueber die Behandlung von Fremdkörpern der Speiseröhre. (De la conduite à tenir en présence de corps étrangers de l'oesophage.)** *Dissert. Paris 1906.*

Bei Besprechung der verschiedenen Methoden wird die Oesophagoskopie nicht genügend berücksichtigt. OPPIKOFER.

87) **E. Henrard. 15 Fälle von Fremdkörperextractionen aus dem Oesophagus beim Kinde vermittelst einer Zange mit gleitender Branche unter dem radioskopischen Schirm in der Seitenlage. (Quinze cas d'extraction de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante sous l'écran radioscopique dans l'examen latéral.)** *Sonderabdruck aus dem Journal Belge de Radiologie. 1907.*

Mittheilung auf dem 2. Congress für Physiotherapie in Rom Anno 1907. Die Haward'sche Zange wurde früher schon hier beschrieben, das Uebrige besagt der Titel der Mittheilung. (Vergl. Haward: 9 Fälle von Fremdkörperextraction etc. 1906.) BAYER.

---

# III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Kuttner** (Berlin). **Die entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase im Röntgenbild.** Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 1908.

Den 20 photographischen Tafeln, die nach Originalaufnahmen von der Elektricitätsgesellschaft „Sanitas" in Berlin hergestellt sind und ausgezeichnete klare Bilder liefern, ist ein kurzer Text beigefügt, welcher sich bezieht auf Darstellung der Technik und des Instrumentariums und auf eine kurze Besprechung des Werthes der Röntgenaufnahmen für die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. Wir stimmen vollkommen mit Kuttner darin überein, dass man niemals, auch bei ausgesprochen positivem Befunde, aus der Röntgenaufnahme allein diagnostische oder therapeutische Schlussfolgerungen ziehen darf, dass in dubio stets die klinische Untersuchung entscheidet, dass wir aber doch im Röntgenverfahren ein ausgezeichnetes, ja geradezu glänzendes Hilfsmittel für die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase besitzen. Die Beiträge, welche Kuttner in seinem Atlas liefert, werden für die Rhinologen als äusserst werthvoll zu bezeichnen sein. Seifert (Würzburg).

---

b) **Joseph Weigel. Die Halskrankheiten bei den alten griechischen und römischen Aerzten.** Benno Konegen, Leipzig 1907. 207 Ss. 8. M. 4.

Der Verfasser, ein guter Kenner der griechischen uund lateinischen Sprache, hat es sich angelegen sein lassen, nach eigenem Studium die Angaben der alten griechischen und römischen Aerzte über Halskrankheiten von neuem zusammenzustellen. Seine Uebersetzung und Auffassung weicht in manchen Punkten von den bisherigen Bearbeitern ab, auf welcher Seite das Recht liegt, wagt Ref. nicht zu entscheiden.

So interessant es ist, den Spuren unserer Vorgänger nachzugehen, das Facit, das wir aus der Weigel'schen Monographie ziehen können, ist eben kein grosses. Zweifelsohne haben die alten Aerzte zahlreiche Halsaffectionen gesehen und beschrieben, und neben vielen ganz unglaublichen und unvernünftigen Rathschlägen finden wir auch viele therapeutische Maassnahmen, die heute noch zu Recht bestehen, wie Gurgelungen, Umschläge, Pinselungen, Inhalationen, Scarificationen, Tracheotomie etc. Sehr viele Krankenberichte sind doch aber so unklar und so verworren, dass es ganz unmöglich ist, danach zu entscheiden, welche Affection vorgelegen hat. Um einfache Anginen, Diphtherie, Croup, phlegmonöse Processe oder gar bestimmte Kehlkopferkrankungen aus den Schilderungen der Alten herauszuerkennen, dazu gehört oft recht viel Phantasie, und so können wir die scharfe Beobachtungsgabe der alten Schule nicht genügend würdigen, weil gar zu oft im Unklaren bleibt, welcher Prozess vorgelegen hat. A. Kuttner.

---

c) **E. B. Waggett,** M. A. M. B. B. C. **Nasenkrankheiten. (Diseases of the nose.)**

Dieses kleine Buch erscheint als eine der „Oxford Medical Publications". Es trägt gleichzeitig dazu bei, den guten Ruf, den diese Veröffentlichungen geniessen, sowie das Ansehen des Verfassers zu vermehren. Es hat mit allem bisher über dasselbe Thema erschienenen Büchern keinerlei Aehnlichkeit und liest sich, als wenn es sich um eine belehrende Unterredung handelt, die ein Fachmann mit älteren Studenten hat, die mit dem Studium der Spezialität beginnen. Man könnte denken, es handelt sich um ein Colleg mit klinischen Demonstrationen in irgend einer über reiches Material verfügenden Klinik für Nasenkranke. Verf. sagt in der Vorrede, dass das Buch für den von Nutzen sein wird, der weder die Gelegenheit noch die Neigung hat, ein gründliches Studium der Rhinologie durchzumachen.

Die beiden ersten Capitel behandeln die Entwickelungsgeschichte, Anatomie und Physiologie der Nase; der Text ist reichlich durch ausgezeichnete Semi-Diagramme illustrirt, von denen einige vom Verf. selbst gezeichnet sind. Dem Leser wird es angenehm auffallen, mit welcher Kunst es dem Autor gelingt, die wesentlichsten Thatsachen klar und verständlich darzustellen.

Das Capitel über die Untersuchung der Nase verdient von Anfängern immer wieder gelesen zu werden, denn die hier gegebenen Fingerzeige und Winke sind von unschätzbarem Werth. Die Diagramme sind gut, sagen aber natürlich dem Kenner mehr als dem Anfänger. Was die Digitalexploration des Nasenrachens anbelangt, so möchte Referent bezweifeln, ob es stets möglich sein wird, den

Widerstand eines starken Mannes oder eines kräftigen Schulknaben zu überwinden. Waggett macht interessante Bemerkungen über das Thema von den „Erkältungen“; er meint, man könne die Entstehung von adenoiden Vegetationen durch „gute häusliche Hygiene in Verbindung mit intensiven ständigen Muskelübungen“ vermeiden. Wir freuen uns, dass W. die allgemeine Narkose bei der Operation der Adenoiden für nothwendig hält und zwar hauptsächlich aus Gründen der Menschlichkeit, und dass er auf die Wichtigkeit der Operation vor dem 5. bis 6. Lebensjahr hinweist nach welchem Alter die Skelettdeformationen nicht mehr leicht beseitigt werden können.

Bei der Aetiologie der Septumdeviationen ist der neuen werthvollen Publication von Mosher über diesen Gegenstand keine Erwähnung gethan. Wir meinen, es wäre empfehlenswerth gewesen, über die Technik der Injection des Localanästheticums bei der submucösen Resection, auf die z. B. Killian so grossen Werth legt, mehr Details zu geben.

Das XI. Capitel enthält eine kurze aber ausgezeichnete und gut illustrirte Beschreibung der Anatomie des Antrum. Verf. betont, wie wir zu unserer Freude constatiren, die Wichtigkeit, die der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der acuten Entzündungen dadurch zukommt, dass auf diese Weise die Zahl der chronischen Affectionen bedeutend verringert werden kann. Sehr richtig weist Waggett darauf hin, dass bei der Radicaloperation nur die erkrankte Schleimhaut zu entfernen ist; er warnt vor dem Princip die Schleimhaut völlig zu entfernen, was unweigerlich zu einer prolongirten Eiterung führen muss. Ref. hält es für rathsamer, die vordere Conchotomie als ersten Theil der Radikaloperation von der Fossa canina aus vorzunehmen, weil, wenn man sie zum Schluss macht, Schwierigkeiten dadurch entstehen, dass die Nasenhöhle mit Blut erfüllt und unübersichtlich ist.

Verf. empfiehlt die Eröffnung von der Nase aus nicht. Er hat dabei unsere volle Zustimmung. Was hat es für einen Sinn, im Dunkel zu gehen, wenn man volles Licht haben kann?

Die Capitel über Stirnhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinempyem sind klar geschrieben und enthalten die hauptsächlichsten Thatsachen. Die Behauptung, dass septische Osteomyelitis stets nur im Gefolge der Operation eintritt, stimmt schwerlich mit den Thatsachen überein. Ref. hat einen tödtlich verlaufenden Fall gesehen, in dem die Osteomyelitis, lange bevor die Operation ausgeführt wurde, begann.

Das letzte Capitel, das von den Reflexneurosen handelt, lässt in seiner verständigen, wohl abgewogenen und maassvollen Form nichts zu wünschen übrig. Es ist zu hoffen, dass mancher Enthusiast durch seine Lectüre bewogen wird, zu überlegen, bevor er operirt.

Das kleine Buch, das Sir Felix Semon zugeeignet ist, scheint im ganzen genommen dem Referenten vielleicht darum fast jenseits aller Kritik zu stehen, weil es seine eigenen Anschauungen und Grundsätze mit grosser Treue wiederspiegelt; haben doch beide, Autor und Referent, vor Jahren ihre specialistische Thätigkeit unter demselben Dach ausgeübt, beide von dem gleichen, aber in heilsamen Grenzen gehaltenen Enthusiasmus beseelt. Herbert Tilley.

---

## d) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

vom 27., 28. und 29. Juni in Brüssel.

Vorsitzender: Delmarcel (Löwen).

Der Präsident eröffnet die Sitzung am 27. Juni Abends; er spricht das Bedauern der Gesellschaft über das Hinscheiden seines hervorragendsten Ehrenmitgliedes, des Prof. von Schrötter aus Wien, aus und widmet ihm einen warmen Nachruf.

Darauf begrüsst er die zahlreich erschienenen ausländischen Gäste und dankt ihnen, dass sie durch ihre Gegenwart und ihre Mittheilungen, den Sitzungen ein besonderes Interesse verleihen.

Es findet sodann die Aufnahme neu angemeldeter Mitglieder statt und auf den Vorschlag des Comité's hin wird Bayer (Brüssel) für seine langjährigen Verdienste um die Gesellschaft mit Acclamation zum Ehrenmitglied ernannt.

Nach Constituirung des Bureaus für das kommende Jahr wird zur Besprechung des rückständigen Berichtes von Fernandès übergegangen über die

### I. Anaesthetica in der Otorhinolaryngologie.

Weder der Bericht noch die Discussion, an welcher sich der Reihe nach Cheval, Broeckaert, Janquet, Lubet-Barbon (Paris), Schepens (Rouen) betheiligen, fördern wesentlich Neues zu Tage und konnte man daher ziemlich rasch übergehen zur

### II. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate.

Hennebert: Angiosarkom der Fossa piriformis.

Bösartige Paralaryngealgeschwulst bei einem 54jährigen Mann; dieser Tumor, welcher den Träger nur wenig genirte, nahm die vordere Hälfte der rechten Fossa piriformis ein; seine Oberfläche war himbeerartig, mit tiefen multiplen Incisuren; die oberflächlichen Partien waren transparent, seine Ansatzstelle breit, ohne irgend welche Adhärenz an der Pharynxwand noch mit der ary-epiglottischen Falte. Die von Trétrop vorgenommene mikroskopische Analyse verwies den Tumor zur Gruppe der „Angiosarkome". Rasches Recidiv; nach 2 Monaten neue Entfernung mit darauffolgenden galvanokaustischen Aetzungen; $2^1/_2$ Monate darauf war die ganze Fossa piriformis von der Neubildung besetzt, den rechten Aryknorpel bedeckend, und zum Theil das Lumen des Kehlkopfes verdeckend. Die Operation bestand nach vorausgeschickter Tracheotomie mit Tamponade des Larynx in einer lateralen Pharyngotomie nach Laurens. 10 Tage darauf starb Patient an Herzinsufficienz.

Lenoir (Brüssel) zeigt vor:

1. einen Fremdkörper im Masseter (über den schon anderweitig referirt wurde);

2. einen besonderen Tumor einer adenoiden Wucherung; das Präparat stammt von einem Erwachsenen her und stellt einen glatten, abgerundeten, auf einer Vegetation inserirten Tumor dar, über dessen Natur nichts verlautet;



3. einen voluminösen Ohrpolypen.

Higguet (jr.) zwei Nasenrachenfibrome auf natürlichem Wege mit Doyen'scher Zange entfernt. Diagnose mikroskopisch bestätigt.

Rousseaux schliesst daran das Vorzeigen eines sehr voluminösen Nasenrachenpolypen, welchen er ebenfalls auf natürlichem Wege entfernt hatte.

### III. Vorzeigen von Instrumenten.

Janquet (Brüssel) zeigt ein tragbares Untersuchungsetui vor, einen ganz kleinen mit einer Celluloidhülse geschützten Accumulator enthaltend. Neben ihm befindet sich ein einfacher Kirstein'scher Stirnphotophor mit einer Metallfadenlampe. Ein Reservespiegel ist auch noch darin untergebracht. Endlich zwei aseptische Metallschachteln, wovon die eine dazu bestimmt ist, die gebrauchten Instrumente aufzunehmen, während die andere eine reichliche Anzahl von gebräuchlichen Untersuchungsinstrumenten enthält.

Raoult (Nancy): Beleuchtungsapparat und Lilliput-Accumulator für die Oto-Rhino-Laryngologie.

Delsaux zeigt den Apparat vor, da der Autor verhindert ist, der Sitzung beizuwohnen. Derselbe repräsentirt einen Accumulator von 2 Volt und 5 Stunden Ampère, den man bequem in die Westentasche stecken kann. Ein Photophor von sehr reducirter Dimension mit einer Metallfadenlampe gestattet eine hinlängliche Beleuchtung bei Krankenuntersuchungen in den Wohnungen. Der Accumulator lässt sich mit Elementen oder durch Einschalten in die öffentliche Stromleitung laden.

Trétrop (Antwerpen): Aseptische Instrumententräger.

Stativ mit cylindrischen Höhlen für die Aufnahme der Handgriffe von Instrumenten, welche so nicht mehr den Untersuchungstisch verunreinigen.

Tétrop: Vereinfachte elektrische Beleuchtung für Untersuchungen auswärts.

Der Autor adaptirt an extraleichte Stirnphotophoren ganz kleine sog. Taschenlampen von 3 Volt und bringt sie durch ihre Batterie zum Glühen. Aeusserst leicht und ideal einfach gestattet dieser Photophor Untersuchungen in den Krankenwohnungen vorzunehmen.

Vormittagssitzung vom Sonntag, den 28. Juni, im St. Johanneshospital.

### IV. Krankenvorstellungen.

Roland (Brüssel): Sinusitis maxillaris und Syphilis.

Vorstellung einer Frau von 38 Jahren, bei welcher R. hintereinander die Luc-Caldwell und die Killian'sche Operation wegen einer linksseitigen Sinusitis frontomaxillaris vorgenommen hatte. Das Resultat war nicht ausreichend, um den Eiterungsprocess zum Stillstand zu bringen. Syphilis vermuthend, leitete der Autor eine antisyphilitische Behandlung ein und operirte einige Zeit nachher



von Neuem. Diesmal trat definitive Heilung ein, eine sehr wenig bemerkbare Deformation hinterlassend trotz der wiederholten Operationen.

Delsaux (Brüssel): Fünf Fälle von bösartigen Tumoren der Nasennebenhöhlen.

Obgleich nicht selten, kann man doch derartige Fälle nicht häufig nennen. D. berichtet über 5 Beobachtungen. Es handelte sich um Sarkome und Epitheliome, welche alle mehr oder weniger rasch recidivirten und innerhalb 12 bis 18 Monaten tödtlich endeten. Die Interventionen wurden immer von aussen so ausgiebig und vollständig als möglich vorgenommen. In einem Falle machte D. die Totalresection des Oberkiefers. Angesichts des enttäuschenden Resultates seiner Operationen fragt sich der Autor, ob man überhaupt operiren und welches Verfahren man einschlagen soll. Er ist für die vollständige und unverzügliche Resection des Oberkiefers eingenommen, nöthigenfalls mit Inbegriff der anderen Nebenhöhlen, da die endosinusalen Operationen nothwendiger Weise incomplet seien.

D. betont die Nothwendigkeit, die Lymphdrüsenkette ebenso gut als die einzelnen Lymphdrüsen zu entfernen, und macht darauf aufmerksam, dass dies zwar für die äusseren Halsdrüsen ausführbar ist, nicht aber — wenigstens zur Jetztzeit — für die Pharyngealdrüsen.

Discussion:

Jacques (Nancy) hat im vorigen Jahre in der französischen Gesellschaft eine von der Delsaux's wesentlich abweichende Meinung ausgesprochen. Er giebt zu, von der Nothwendigkeit, den Oberkiefer aufzuopfern, noch nicht überzeugt zu sein in allen Fällen von bösartigen Geschwülsten der Highmorshöhle, so z. B. räth er, nur den Boden der Orbita wegzunehmen in einem Fall von auf den Alveolarfortsatz des Sinus beschränktem Tumor. Das Recidiv in diesem Falle, wenn es eintreten sollte, etablire sich in der Wange, dem Gaumensegel, der Pharynxwand, den Lymphdrüsen, kurz in den Continuitätsgeweben des degenerirten Herdes und nicht auf der entgegengesetzten Wand.

Jaques (Nancy): Einige Fälle von Gesichtspolysinusiten operirt mit der Radicalcur.

Seit ca. $3^1/_2$ Jahren hat J. 16 Kranke mit Gesichtspolysinusiten operirt. Im Allgemeinen waren es chronische Affectionen entweder der Stirn-, Siebbein- und Oberkieferhöhlen oder auch zu gleicher Zeit der Keilbeinhöhle. 3 Kranke litten an einer bilateralen chronischen Eiterung der Stirn-, Siebbein- und Kieferhöhlen mit Mitleidenschaft des Siebbeins. In 4 Fällen war das Keilbein angegriffen, jedoch nur einseitig.

Aus der Gesammtheit dieser Beobachtungen ergeben sich einige Punkte, auf welche der Autor seine Collegen aufmerksam zu machen sich erlaubt im Verlauf der Krankenvorstellung; 3 derselben sind nicht vollständig geheilt; eine rechtsseitige Frontoethmoidal- und maxillarsinusitis recidivirte in der Stirnhöhle nach einer Geburt. Bei dieser Kranken war das Siebbein nur in seinem vorderen Theile weggenommen worden. Ein an bilateraler Polysinusitis operirter Kranker bekam ein Recidiv in der linken Stirnhöhle: das Nasenbein der einen Seite wurde erhalten

zur Verhütung einer Deformation des Nasenskeletts; ein Kranker endlich wurde nur auf der einen Seite an Frontoethmoidalsinusitis operirt aus nicht medicinischen Gründen.

Bezüglich des Operationsverfahrens hielt sich J. im Allgemeinen an das von Moure zur Entfernung bösartiger Siebbeintumoren angegebene Verfahren mit leichten Modificationen. Es ist unmöglich, ein ganz bestimmtes Verfahren einzuhalten, man muss individualisiren.

Für die bilateralen Polysinusiten wäre es gefährlich, die Nasenbein- und aufsteigenden Oberkieferäste vollständig zu entfernen. Zweimal hat der Autor den linken Frontalsinus vom rechten Sinus aus curettirt, und konnte auf diese Weise den vorderen Siebbeintheil wegnehmen. Zweimal hat er das Kuhn'sche Verfahren ausgeführt.

Nichts hindert, alle Sinus auf einmal zu operiren, wenn man mit der Technik vertraut ist, worüber sich der Autor schon anderweitig ausgesprochen hat.

Discussion:

Broeckaert lässt systematisch die untere Muschel und die hintere Hälfte der nasalen Kieferhöhlenwand bestehen. Was das einzuschlagende Verfahren betrifft, so hinge das von der anatomischen Disposition des Sinus und der Ausdehnung der Läsionen ab, denn unsere Untersuchungsmethoden, so ausgebildet sie auch sein mögen, sind nicht im Stande, uns einen ganz exacten Aufschluss über alle diese Punkte zu geben.

B. eröffnet den Sin. front. von seiner unteren Wand aus, explorirt denselben und entscheidet sich dann für die Art und Ausdehnung der Intervention. Immer entfernt er die vorderen Siebbeinzellen.

B. kann sich nicht mit der Meinung Moure's einverstanden erklären, dass die Ogston-Luc'sche Methode für die Behandlung der Frontalsinusitis classisch sei; er greift bald zu dem Verfahren von Jaques, bald zu dem Killian's, bald zu dem zuvor genannter Autoren. An den grossen Höhlen erhält er sich knöcherne Brücken als Stützen und hat dieserhalb noch keine entstellenden Einsenkungen zu beklagen gehabt.

Delsaux erklärt sich im Wesentlichen mit Broeckaert einverstanden.

Gaudier (Lille): Ein vor 9 Jahren laryngostomirter Kranker.

Interessant ist an der Vorstellung, dass die Intervention vorgenommen wurde ehe überhaupt die ersten Arbeiten über die Laryngostomie zur Veröffentlichung kamen. Es handelt sich im Grunde genommen um eine „unbewusste“ Laryngostomie bei einem 17jährigen Mädchen, welches seit seinem 9. Lebensjahre mit einer sehr harten, keineswegs membranartigen subglottischen Stenose mit einer linksseitigen ovalären Oeffnung behaftet ist. Die Stenose war die Folge von Kehlkopfgeschwüren, die mit Milchsäure behandelt wurden. Im Alter von 16 Jahren veranlassten dyspnoetische Erscheinungen eine tiefe Tracheotomie bei dem Mädchen, 14 Tage später mediane Thyrotomie und Ausschneiden der die Stenose bedingenden fibrösen Masse; behufs Stillung einer sehr reichlichen Blutung Dauertamponade und Vereinigung der 2 Schildknorpelplatten mit der Haut vermittelst Catgutnähte. Eine intercurrente Pneumonie verhinderte die Vornahme der Sutur, aber trotzdem

wird die Tamponade erneuert und alle 2 Tage der Verband gewechselt. 14 Tage nach der Operation granulirt die Wunde derart, dass man nicht mehr an einen Schluss des Kehlkopfs denken kann. Während 8 Monate wird der Gazeverband methodisch und sorgfältig erneuert, so dass bis dahin der ganze Larynx epidermisirt und sein Caliber vollständig normal ist. G. nahm dann eine plastische Operation vor mit Erhaltung des Calibers des Respirationsrohrs vermittelst eines dicken Cautschucdrains. Dieser wird nach 25 Tagen entfernt und ersetzt durch die Dilatation mit den Schrötter'schen Röhren. 5 Monate später wurde die Canüle entfernt. Patient blieb 7 Jahre lang dem Autor aus dem Gesicht, woher es kommt, dass die Bearbeitung bis jetzt nicht veröffentlicht wurde.

Delsaux (Brüssel): An subglottischer Narbenstenose vor mehr als 2 Jahren laryngostomirter Kranker (Canülenträger) augenblicklich geheilt.

Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, welcher sich eine quere Halswunde mit Einschluss der Trachea beigebracht hatte; letztere wurde genäht. Nach einiger Zeit stellte sich eine subglottische Stenose mit Immobilisation zuerst des linken und dann des rechten Stimmbandes ein. Es musste die Tracheotomie vorgenommen werden mit Einlegung einer Dauercanüle.

Eine Laryngofissur mit forcirter Dilatation des Narbengewebes und Einführung einer Erweiterungscanüle ergab nicht das geringste Resultat, ebensowenig als die über ein Jahr mit der grössten Geduld fortgesetzte innere Dilatation. Am 1. November 1907 classische Laryngostomie. Progressive Cautschucröhrenerweiterung nach Einschneiden des Narbengewebes. $3^1/_2$ Monate später Plastik der Trachea vermittelst zweier Hautflächen, deren wunde Flächen gegenseitig adaptirt werden. Perfectes Resultat. Die Stimme ist noch rauh, aber das linke Stimmband hat die Tendenz, sich zu regeneriren. Laryngoskopisch keine Stenose mehr sichtbar.

Beco (Lüttich): Laryngotracheostomie und Laryngotrachealpapillome.

B. hat die „Stomie" (Mundanlegung) in drei Fällen von recidivirenden Papillomen bei Kindern angewandt, der erste Kranke war ausserdem noch Träger einer Narbe, so dass die Methode der Cautschucröhrendilatation classisch innegehalten werden konnte. Dagegen wurde im zweiten Falle das Cautschucrohr am 13. Tage entfernt und im dritten Fall am vierten Tage. B. ist sogar bestrebt, die Canüle sehr schnell zu entfernen (nach zwei oder drei Wochen), um den Fremdkörper so schnell als möglich aus dem Wege zu schaffen, weil er immerhin reizend wirkt und im Stande ist, den papillomatösen Process zu unterhalten.

Der erste Kranke im Alter von 10 Jahren, am 3. November 1907 operirt, hat seit 4 Monaten kein Recidiv mehr gezeigt; er trägt auf seiner Wundöffnung einen einfachen Heftpflasterstreifen.

Der zweite Kranke, 14 Jahre alt, wurde am 3. Mai 1908 operirt; ein einziges Papillom war nach 6 Wochen bei ihm nachgewachsen, er konnte aber seine Beschäftigung einen Monat nach der Operation wieder aufnehmen, zuerst mit einem Schutzverbande und hernach mit einem einfachen Heftpflasterverschluss.

Der dritte Kranke, 4 Jahre alt, welcher weit verbreitete Kehlkopfpapillome hatte, hat schon Recidiv von diffusen Papillomen; die Laryngostomie macht es möglich, denselben neben einer allgemeinen Medication mitverschiedenen Topicis zu behandeln.

B. meint, dass die Papillome im Allgemeinen und speciell die des Larynx ein sehr wechselndes Verhalten zeigen in Bezug auf Recidiv und Weiterverbreitung. Er hat sich nun bemüht, die vollständige Ausrottung zu combiniren mit der galvanischen und chemischen Cauterisation der Ansatzstellen.

Die directe Laryngo-Tracheoskopie scheint gegenwärtig die ideale Methode zu sein, jedoch ziemlich häufig fehl zu schlagen. Die tiefe Tracheotomie hat dem Referenten trotz der Erfolge, welche man ihr zugeschrieben, gar kein Resultat gegeben. Für B. ist die Laryngostomie die Zukunftsmethode in Fällen, welche den anderen Verfahren widerstehen, weil sie die Ueberwachung und verlängerte Behandlung gestattet. Endlich schlägt er für die Fälle, bei welchen man früher die Tracheotomie anwandte, vor, „die Dauercanüle systematisch durch die prolongirte oder definitive Laryngostomie zu ersetzen, weil diese besser ertragen werde und eine geringere Pflege erheische ohne dafür mehr Unannehmlichkeiten mit sich zu führen."

B. stellt seine 3 Kranken vor und fragt um den Rath seiner Collegen, hauptsächlich über die Zweckmässigkeit der Stomie bei Papillomatösen und über die Wahl der allgemeinen sowie localen Behandlungsweise gegenüber dem Krankheitsprocess.

Janquet (Brüssel): Laryngostomie wegen vollständiger Narbenstenose des Kehlkopfs bei einem $5^1/_2$jährigen Kinde.

6jähriges Kind im October 1907 mit Laryngostomie operirt. Der Kranke wurde in seinem ersten Kindesalter wegen Spasmus schlecht definirten Ursprungs intubirt und tracheotomirt; hatte darauf mehrere Behandlungen durchgemacht, konnte aber nie decanulirt werden. Bei der Untersuchung: eine Masse Narbengewebes, welches seinen Ansatz am Ringknorpel und den ersten Trachealknorpeln nimmt; oberhalb und unterhalb eine Fistel, welche den Branchen einer vor 2 Jahren von Prof. Chiari in Wien nach forcirter Dilatation eingesetzten Doppelcanüle zur Passage dient; seit Kurzem progressives Respirationshinderniss in Folge von Proliferation des fibrösen Gewebes. Stimmbänder und untere Trachea frei; Laryngostomie am 21. October vorigen Jahres. Folgen äusserst günstig, rascher Schwund der Verengerung, frühzeitige Entfernung der Metallcanüle und Ersatz derselben durch eine T-Canüle mit genauer Anschmiegung an die Form der Fistel. Gegenwärtig keine Spur mehr von Stenose; Verband seit 23. März vollständig weggelassen und Fistel mit einem Heftpflasterstreifen geschlossen. Das Kind, das bis dahin nie mit lauter Stimme gesprochen, übt seine Stimmbänder; die Stimme ist jetzt ganz deutlich, obgleich noch etwas schwer hervorzubringen. Der Autor hat sich an die von Sargnon und Barlatier angegebene Technik gehalten mit einigen Variationen in der Verbandweise.

Labarre (Brüssel): Ein Fall von Laryngostomie im Verlaufe einer Behandlung von absoluter Laryngotrachealobliteration.

Kind von 5 Jahren im Jahre 1908 von Dr. Cheval laryngostomirt wegen einer completen fibrösen Stenose des Kehlkopfs und des oberen Theils der Trachea nach Diphtherie. Der kleine Patient hatte schon zuvor eine Laryngofissur durchgemacht, ohne dass diese Intervention irgend ein Resultat ergeben hätte. Augenblicklich ist die Erweiterung perfect, und trotz der Schwere des Falles ist man berechtigt zu hoffen, dass das Kind in der nächsten Zukunft von seiner Canüle befreit wird.

Die Operation war relativ leicht. Dank der Einführung einer Oesophagussonde durch die Nasenhöhle konnte Ch. leicht die Oesophaguswand erkennen und, ohne derselben zu schaden, das an derselben adhärente Gewebe lospräpariren. — Der Verband, wie Sargnon und Barlatier bemerken, verlangt besonders peinliche Sorgfalt. Die Technik kann verschiedene Variationen eingehen; so hat im vorliegenden Fall der Autor die Vaselinstreifen, die dazu dienen, eine gewisse Compression auf die Dilatationsröhre auszuüben, durch eine zweite V-förmig gebogene Drainröhre ersetzt, welche auf die erste wie eine Feder wirkt. Vermöge dieser Modification machte die Dilatation sehr rasche Fortschritte und liess eine werthvolle Zeit gewinnen.

Discussion über die 6 vorgestellten Fälle von Laryngostomie:

Sargnon (Lyon) dankt seinem belgischen Collegen dafür, ihm eine so stattliche Zahl Operirter vorgestellt zu haben. Man könne dieselben in 2 Gruppen scheiden: narbige und papillomatöse Fälle.

1. Die narbigen: Delsaux' Fall ist vollständig geheilt, was die Respiration anlangt; die Plastik ist perfect; die Stimme natürlich rauh, wird sich aber mit der Zeit bessern.

Janquet's Fall ist sehr schön; die Schleimhaut ist ein wenig trocken, wie in allen Fällen von Laryngostomie. Es wäre später noch die Plastik vorzunehmen, mit Erhaltung einer Sicherheitsöffnung nach unten.

Der Fall Cheval's und Labarre's ist sehr complicirt in Folge der Ausdehnung der Läsion. Es wird wohl noch einige Zeit dauern, den Narbenkamm zu beseitigen; vielleicht wird eine neue Resection desselben angezeigt sein; jedenfalls ist das Resultat sehr ermunternd.

2. Die papillomatösen: Die von Beco vorgestellten Fälle sind sehr interessant. Die Heilung bei den zwei ersten ist perfect; was den dritten anbelangt, mit diffusen Papillomen der Stimmbänder und der hinteren Trachealwand, so wäre es vielleicht zweckmässig, Aetzungen (mit Arg. nitr., Zinc., Acid. lactici.) vorzunehmen. Die Untersuchung dieser Kranken gestattet die Behauptung, dass die Laryngostomie die gegebene Behandlung recidivirender Papillome darstellt. — Der Autor räth in Uebereinstimmung mit Beco, in chronischen Fällen die Tracheotomie durch die Stomie zu ersetzen; das fortwährende Tragen der Canüle führe effectiv grosse Unannehmlichkeiten (Bronchitiden, Trachealirritationen, reflectorische, ja sogar tödtliche) mit sich. In einigen Fällen ersetzt er die Metallcanüle durch eine Kautschukcanüle mit grossem Fenster,

was im Grunde genommen ein Zwischenglied zwischen Stomie und Tragen einer Metallcanüle bildet.

Gaudier (Lille) fragt sich, ob es nicht interessant wäre, bei dem Falle Cheval's und Labarre's nach Entfernung der Narben die Application einer langgestielten Transplantation zu versuchen. — Was die Behandlung der Larynx-papillome anbelangt, so sei sie geradezu erstaunlich: auch er sei der Meinung, dass die Laryngostomie in Fällen von Recidiven die ideale Methode bilde, da sich die Tracheotomie notorisch als unzureichend erwiesen habe.

Delsaux (Brüssel) unterstützt Gaudier's Ansicht hinsichtlich der Nutzlosigkeit der Tracheotomie bei recidivirenden Papillomen. Er erinnert an den Fall eines 16jährigen Mädchens, das im Alter von 7 Jahren tracheotomirt wurde und Trägerin von Papillomen war, die sich blumenkohlartig von der Bifurcation der Trachea bis zur Zungenmandel, Drüse mit einbegriffen, ausdehnten.

Guisez (Paris) hatte die Gelegenheit, mehrere Fälle vou multiplen Laryngeal- und Trachealpapillomen zu behandeln. Es gelang ihm, seine Kranken direct endoskopisch und tracheoskopisch, ohne vorausgeschickte Tracheotomie zu heilen. Er betont den Vorzug, keine eingreifendere Operation von aussen vornehmen zu brauchen; ausserdem hält er die Kautschukdilatation für reizend, während die Behandlung der Papillome vor Allem darnach trachten muss, jede Reizursache zu vermeiden.

Bayer (Brüssel) warnt ernstlich vor oberflächlichen Kauterisationen bei der Nachbehandlung von Papillomen, die auf intralaryngealem Wege zu entfernen ihm immer gelungen ist. Die Erfahrung hat gelehrt, und darin stimmen die meisten deutschen Laryngologen mit ihm überein, dass die Transformation von Papillomen in Epitheliome nach solchen viel häufiger stattfindet.

Schiffers (Lüttich) glaubt zwei Arten von Papillomen unterscheiden zu müssen und an die Möglichkeit, dieselben auf Grund ihrer histologischen Eigenschaften differenziren und so in Bezug auf Prognose und eventuell Recidiv wichtige Anhaltspunkte gewinnen zu können. Es ist wahrscheinlich, dass der Boden, auf welchem die Papillome nachwuchern, eine grosse Rolle spielt. Sch. ist ebenfalls der Meinung, dass man das Organ so wenig wie möglich reizen soll durch die wiederholte Einführung von Instrumenten in die Kehlkopfhöhle.

Janquet (Brüssel) hält die Laryngostomie für eine ausgezeichnete Operation; er ist der Ansicht, dass man so viel als möglich das fibröse Gewebe zum Schwinden zu bringen suchen müsse, um die Heilung zu befördern. Er ist ebenfalls für die möglichst frühzeitige Entfernung der Metallcanüle. Zu diesem Zweck hat er eine T-förmige Kautschukcanüle construiren lassen, deren vordere Röhre genau die Form der Laryngotrachealfistel annimmt, so dass die Dilatation noch weiter besteht. Als Ergänzung der Behandlung der Larynxpapillome empfiehlt er Einblasungen von Pulv. Sabinae und Alumin. crystallis. ana; diese Zusammensetzung scheine ziemlich wirksam zu sein.

Collet (Brüssel): Zwei Fälle von Laryngitis vegetans.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 43jähr. Mann, der seit 10 Monaten eine rauhe Stimme hatte. Allgemeinzustand schlecht; verschärftes Respirations-

geräusch und Abnahme der Sonorität über beiden Lungenspitzen; der Kranke war zuvor an Tub. pulmon. behandelt worden. Mit dem Laryngoscop constatirte man, dass die Stimmbänder im vorderen Drittel von einem kleinen rosarothen kleinhaselnussgrossen und nicht ulcerirten Tumor auseinandergehalten waren; derselbe wurde mit der galvanokaustischen Schneideschlinge entfernt; unmittelbare Erleichterung darauf hin; die Stimme klärte sich auf und der Allgemeinzustand besserte sich von Tag zu Tag. Die histologische Untersuchung ergab deutlich, dass man es mit einem Schleimpolyp zu thun hatte.

C. stellt sodann einen 48jährigen Mann vor, welcher seit 6 Wochen aphonisch war. Ziemlich befriedigender Allgemeinzustand, mit dem Lanryngoscop erkennt man einen kugeligen Tumor inserirt am vorderen Stimmbandwinkel und sich hauptsächlich nach links hin verbreitend. Der kleinhaselnussgrosse Tumor wurde wie im vorigen Falle mit der Rothglühschlinge entfernt. Intensive Reaction danach, bis jetzt besteht noch eine Anschwellung und eine gewisse Respirationsbehinderung fort; der Kranke bleibt aphonisch und das linke Stimmband paretisch. Der Allgemeinzustand ist viel weniger zufriedenstellend, als vor der Operation. Der Autor vermuthet Tuberculose, obgleich die histologische Untersuchung einen typischen Schleimpolypen ergiebt.

Discussion.

Delsaux bemerkt, dass die Autoren bezüglich der Laryngitis vegetans tuberculösen Ursprungs verschiedener Meinung seien. Je nachdem die Affection primär oder secundär ist, bietet ihre Entwickelung ebensowohl wie die Natur der Affection selbst bemerkenswerthe Verschiedenheiten. Schon Störck und Heryng einerseits, Schrötter, Mackenzie und Gouguenheim andererseits, haben nach zahlreichen wissenschaftlichen Erörterungen anerkannt, dass es eine vegetirende, am Platze selber entstandene, somit primitive Form gebe, die ohne specifische locale Läsionen mit Vorliebe den vorderen Winkel der Stimmbänder einnehme, dazu muss man die von Collet vorgestellten Fälle rechnen; daneben giebt es aber noch eine Form von pseudopolypöser Tuberculose, eingepflanzt auf ein tuberculöses Geschwür. Im Grunde genommen bedeutet das nur das Auftreten eines excessiven Reparationsprocesses. Die Pseudopolypen localisiren sich gern in der Continuität der Organe oder im Interarytaenoidalraum. — Die histologischen Schnitte der ersten Varietät ergeben Granulationsgewebe, die der zweiten lassen Riesenzellen erkennen, feine Granulationen zuweilen Koch'sche Bacillen.

Daraus ergiebt sich, dass die histologische Untersuchung allein die Frage nicht entscheiden kann, man sich daher klinischer Anhaltspunkte versichern und alle Untersuchungsmittel, über die wir verfügen, besonders die Radioskopie der Lungen, welche ein mächtiges diagnostisches Hilfsmittel bildet, benutzen muss.

Schepers (Roulers): Heilung einer Oberkiefergangrän.

Es handelt sich um einen Fall von Gangrän des Oberkiefers und der rechten Wange, welche eine partielle Resection des Oberkiefers benöthigte. Der Autor schliesst an die Krankenvorstellung einige bemerkenswerthe Betrachtungen über die Natur des Falles.

Lenoir (Brüssel): Ein Fall von congenitaler Hypertrophie der Nasenspitze.

4jähriges Kind mit keulenförmiger Anschwellung der Nasenspitze, bedingt durch einen rundlichen, weichen und farbigen Tumor, wahrscheinlich ein Lymphangiom.

Coosemans (Brüssel): Bronchialasthma, hervorgerufen durch eine doppelte Ethmoiditis. Operation. Heilung.

34 Jahre alter, seit langen Jahren an intensivem Bronchialasthma leidender Kranker, bei welchem die Untersuchung der Nase das Vorhandensein einer doppelten Ethmoiditis erkennen liess. Der Autor entfernte zunächst die polypoiden Massen an der Muschelschleimhaut, welche den mittleren Nasengang ausfüllten. Grosse, aber nur vorübergehende Erleichterung, wegen des Nachwachsens der Fungositäten. Nachdem er aber die Turbinectomie mit Curettage der Siebbeinzellen vorgenommen hatte, trat vollständige Heilung ein, die seit Monaten anhält.

Higguet jr. (Brüssel): Kropf und Ozaena.

H. machte kürzlich die Exstirpation eines Kropfes bei einer Person, die an einer starken Ozaena litt. Er war sehr erstaunt, zu constatiren, dass seit der Intervention die Nasensecretion bedeutend nachgelassen hatte; er fragt sich, ob da Beziehungen von Ursache und Wirkung vorliegen?

Maloens (Brüssel): Voluminöse Cyste und Phlegmone des linken Lig. aryepiglottic. Pharyngotomia subhyoidea. Heilung.

Die bibliographischen Nachforschungen ergeben eine geringe Frequenz von Tumoren der aryepiglottischen Falten. Am häufigsten kommen unter diesen die Cysten vor; trotzdem konnte der Autor davon nur 17 Beobachtungen sammeln, veröffentlicht von Moure, Krakauer, Ulrich, Garel, Krieg, Clifford-Beale, Purseigle und Labarre. — Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen 52jährigen Mann, welcher sich Dr. Cheval wegen einer bedeutenden Aphonie und sehr ausgesprochener Respirationsbehinderung vorstellte. Bei der Untersuchung constatirte man das Vorhandensein einer grosskastaniengrossen Cyste, in der linken aryepiglottischen Falte.

Trotz der bevorstehenden Nothwendigkeit einer Tracheotomie lehnte der Kranke die Aufnahme ins Spital ab; Erstickungsanfall Nachts, welcher die Tracheotomie nothwendig machte. Als Patient wieder zur Consultation kam, war der Tumor im Wesentlichen derselbe. Punktion mit dem Galvanokauter; Entleerung einer braunen, fadenziehenden dicken Flüssigkeit, die sich in der Folge wieder neu ansammelte, eiterig wurde und zu deren Beseitigung die Pharyngotomie gemacht werden musste. Die Heilung wurde perfect.

V. Bericht von Fallas (Brüssel): Ueber die Bluntuntersuchung bei endocraniellen Complicationen von Otitiden und Gesichtssinusitiden.

Die Blutuntersuchung im Laufe von Otitiden und Gesichtssinusitiden und deren Complicationen könnte uns werthvolle Aufschlüsse geben, indem sie uns Aufklärung verschafft über gewisse specielle Zustände, die im Stande wären, uns den Weg zur Diagnose zu zeigen oder eine andere Prognose stellen zu lassen.

Das Blutserum kann sich ganz verschieden präsentiren, je nachdem es normal oder anormal ist oder fremde Elemente beherbergt. Ausserdem muss man noch mit den biologischen Eigenschaften rechnen. Bordet und Gengou haben dieselben benutzt in ihrer „Fixationsreaction". Widal hat seine „Serodiagnose" darauf aufgebaut. Diese beiden Reactionen haben eine ganz besondere Bedeutung, weil sie uns erlauben, sei es einen Typhus zu erkennen, sei es eine acute Tuberculose im Verlauf einer Otitis, die mit einer endrocraniellen Complication dieser Affection zusammengeworfen werden könnte.

Die rothen Blutkörperchen können im pathologischen Zustand die verschiedenartigsten Formen annehmen und sogar in ihrem Innern Granulationen beherbergen, die sich Färbungen gegenüber verschieden verhalten. Für viele Autoren steht der Gehalt an Hämoglobin im Verlauf einer Infection in Beziehung zum Grade des Uebels, welches diese hervorgerufen hat. Jedoch nur die Zählung der Blutkörperchen kann dazu dienen, die Complicationen der Otitiden und Gesichtssinusitiden unter sich zu differenciren.

Die weissen Blutkörperchen spielen, dank ihrer phagocytären Eigenschaften eine sehr wichtige Rolle den Infectionserregern gegenüber. Im Normalzustande enthält das Blut 7000 weisse Blutkörperchen pro cmm, unter welchen man notirt: kleine Lymphocyten 20—30 pCt., grosse Lymphocyten 3—4 pCt., intermediäre Lymphozyten 2—3 pCt., polynucleäre neutrophile Lymphocyten 65—75 pCt., polynucleäre eosinophile Lymphocyten 0,5—5 pCt.

Neben diesen normalen Elementen kann man noch einer Reihe anormaler Elemente begegnen wie Mastzellen, Plasmazellen, Myelocyten, Reizzellen von Türck, Leukocyten mit jodophilen Granulationen, degenerirte Leukocyten. — Nach den Untersuchungen von Kuttner aus der allgemeinen Chirurgie könnte man aus dem Factum, dass die Jodophilie zunimmt, während die Zahl der Leukocyten abnimmt, eine schlechte Prognose folgern. Im Verlaufe von Otitiden, acuten Sinusiten und ihren Complicationen constatirt man einen gewissen Grad von Leukocytose mit Polynucleose im Allgemeinen parallel dem Grade der Infection; zu bemerken ist aber, dass es sich da vor Allem um eine individuelle organische Schutzreaction handelt, die von einem Patienten zum anderen variirt. Man muss bei der Interpretation dieser Ergebnisse ebenfalls mit einer ganzen Serie sowohl physiologischer als pathologischer Facta rechnen, die eine Hyperleukocytose hervorrufen können: so das Alter, die Menstruation, die Schwangerschaft, Geburt, Verdauung, heftige Leibesübungen, Ermüdung, Stase und selbst die Agonie; dazu gehören noch die traumatischen, toxischen, malignen, medikamentösen und besonders infektiösen Leukocytosen, unter welche man noch die Leukämien rechnen muss.

Was die Anwesenheit von Mikroben im Blut anbelangt, so ist dieses Zeichen von der allergrössten Wichtigkeit für die Diagnose einer Septicämie, Pyämie, aber nicht constant. Im grossen Ganzen, wenn gleich eine ernste Prognose in sich schliessend, darf die Anwesenheit von Streptokokken im Blute nicht nothwendiger Weise als Todesurtheil ausgelegt werden.

Discussion:

Cheval (Brüssel) giebt eine Auseinandersetzung der Resultate von Untersuchungen, die er systematisch auf seiner Abtheilung seit der Versammlung vom

Juni vorigen Jahres am Blut, der Cerebrospinalflüssigkeit und dem Augenhintergrund bei 22 verschiedenen Individuen, wovon 21 operirt wurden, davon 2 bilateral, macht also 24 Fälle — hat ausführen lassen.

Delsaux (Brüssel) dankt seinem Collegen in beredter Weise, an der Hand der vorgelegten Tabelle gezeigt zu haben, dass unter den Controlverfahren, über die wir verfügen, die Bluntuntersuchung noch diejenige ist, welche die besten positiven Resultate liefert. Obgleich approximativ und sich hauptsächlich auf die Hyperleukocytose stützend, sind die durch die hämatologischen Untersuchungen gelieferten Ergebnisse noch positiv, wenn die Untersuchung des Augenhintergrundes und die der Cerebrospinalflüssigkeit keine Resultate ergeben hat.

Tétrôp (Antwerpen) lenkt die Aufmerksamkeit auf den bakteriologischen Theil der Frage. Diese Nachforschung müsste mit einer grossen Quantität Blutes (10, 15, 20 ccm) vorgenommen werden; dieses müsste auf einem beträchtlichen Volumen von Bouillon derart ausgesät werden, dass sich die Bakterien entwickeln könnten. Die Thatsache, dass das Blut Bakterien mit sich führt, ergiebt noch keineswegs das Vorhandensein einer Septikämie. Man hat effectiv in der letzten Zeit constatirt, dass bei vielen localisirten Infectionen das Blut vorübergehend Mikroben führen kann.

Ledoux (Lüttich) möchte gerne wissen, was Cheval „Meningealreaction" nennt. Welches ist die Vorstufe dieser Reaction? Was heisst „flüssig" bei normaler Cerebrospinalflüssigkeit? Was ist eine positive Untersuchung?

Cheval: Wenn die Polynuclearzellen alterirt und in übergrosser Zahl in der Cerebrospinalflüssigkeit vorhanden sind, so kann man annehmen, dass diese Flüssigkeit anormal ist.

Fallas stimmt ganz und gar mit Cheval überein bezüglich der Existenz der Polynucleose im Verlaufe von Complicationen bei Otitiden und Gesichtssinusitiden. Die Schwierigkeit beginnt erst, wenn man die Complicationen untereinander differenziren will. Die Leukocyten bei extraduralem Gehirn- und Kleinhirnabscessen gleichen denen einer einfachen Mastoiditis derartig, dass es unmöglich erscheint, bestimmte Ziffern anzugeben. In der Thrombophlebitis und Meningitis ist die Leukocytose im Allgemeinen intensiv; es existiren aber Fälle, in welchen dieselbe beschränkt ist.

Was die Anwesenheit von Mikroben im Blute anbelangt, so existirt eine grosse Anzahl von Fällen mit schwerer Infection, wo trotz der minutiösesten Nachforschungen es nicht gelungen ist, Mikroben aufzufinden. Andererseits implicirt die Anwesenheit von Mikroben noch gar nicht die Nothwendigkeit einer Blutinfection. Nach den Masern z. B. kann man sie noch finden, ohne dass ihr Vorhandensein als pathologisch betrachtet werden könnte.

### VI. Bericht von Broeckaert: Die Halsphlegmone bucco-pharyngealen Ursprungs.

Die primären Halsphlegmonen nehmen gewöhnlich ihren Ausgangspunkt in den weiten lymphatischen Territorien der Mundrachenhöhle. Man sieht sie auftreten: 1. im Gefolge von allen, selbst den unscheinbarsten Läsionen der Hautdecken des Gesichts, der Nase, der Augenlider, der Lippen; 2. nach Wunden und

Erosionen der Schleimhaut des Mundes und der oberen Respirationswege; 3. nach der Mehrzahl der Entzündungen der Nase, der Mundhöhle und des Pharynx und Larynx; 4. im Gefolge von Zahncaries und Durchbrechen des Weisheitszahnes. Das anatomische Studium der Halsganglien mit den dahin verlaufenden Lymphgefässen und das der Nischen, in welchen sie eingebettet sind, ist es, was die befriedigendste Classification der Halsphlegmonen gestattet.

Es ist ferner eine gründliche anatomische Kenntniss der Gegend, welche die werthvollsten Indicationen für die Prognose, Diagnose und Interventionsmethode giebt.

Diese Partie ist vom Autor in allen ihren Details studirt und in seiner Arbeit mit einer Tafel illustrirt, welche die allgemeine Lage der Halsganglien mit dem lymphatischen Territorium, von welchem sie versorgt werden, zeigt.

Die Halsphlegmonen sind hauptsächlich gefährlich durch die Complicationen, welche sie veranlassen. Wenn die Phlegmone in dem von mittlerer und prävertebraler Halsfacie begrenzten Raum ihren Sitz aufgeschlagen hat, so sieht man nicht selten den Eiter sich längs der Gefässscheide ins Mediastinum ergiessen. Unter anderen Zufällen sind zu erwähnen das Larynxödem, die Pyämie, die Septikämie, der Durchbruch des Eiters in die Luft- und Verdauungswege, die Ulceration der grossen Halsgefässe, die Thrombosen und Embolien, Zufälle infolge von Compression. Die Behandlung muss im Anfang die Unterdrückung der prädisponirenden und der veranlassenden Ursachen im Auge haben. Sobald die Eiterung eingetreten ist, muss der Herd weit eröffnet werden. Die frühzeitige Incision muss vorgenommen werden, ehe der Eiter Complicationen veranlasst hat; eher eine unnöthige Incision machen, als eine unentbehrliche Intervention verschieben. Ist der Abscess oberflächlich geworden, dann eröffnet man ihn an der Durchbruchsstelle; bei tief gelegenen Abscessen muss man zum Eiterherd, sei es von der Mundhöhle — Ausnahmeweg —, sei es von der äusseren Haut aus, gelangen, indem man bald die Incision am vorderen Rand des Sternomastoideus, bald an dessen hinterem Rand macht.

Discussion:

Beco bemerkt, dass klinisch die Grenzen der anatomischen Räume schnell überschritten sind. Er erinnert an einen Fall, bei welchem er nicht mit Hülfe des Kehlkopfspiegels und der Zeigefingerpalpation mit hinlänglicher Sicherheit die Stelle localisiren konnte, an welcher sich der Eiter angesammelt hatte. Eine im Niveau des hervorragendsten und härtesten Theils des Halses vorgenommene Incision konnte nicht auf die Phlegmone stossen, obgleich der Autor durch die compacte Gewebsmasse mehr als $4^1/_2$ cm tief vorgedrungen war. Es trat eine momentane Besserung der subjectiven Beschwerden ein, die aber 2 Tage später mit erneuter Intensität auftraten. Einer neuen Hohlsondenuntersuchung gelang es, den Eiterherd, der ca. 5 cm von der Hautoberfläche entfernt lag, zu eröffnen. Die Heilung fand ohne Zwischenfall innerhalb 14 Tagen statt,

Hennebert erinnert an die Beobachtung eines Kranken, welchen er vor 3 Jahren vorgestellt hatte. Es handelte sich um einen Nasenfurunkel, complicirt mit einem Doppelabscess des Septums, eine Lymphangitis frontal. und eine Halsphlegmone mit Larynxödem. Alle Halsgewebe vom Unterkiefer bis zur Clavicula

waren in eine Masse aufgegangen. Eine Incision vorn am Sternomastoideus, in der Höhe des Ringknorpels, verschaffte einer sehr geringen Menge Eiter, dagegen einer grossen Menge seröser Flüssigkeit den Ausweg. Heilung nach einigen Tagen.

Trétrôp hat eine Adenophlegmone des Halses nach einer gewöhnlichen Amygdalitis sich entwickeln sehen; jedoch enthielt der Eiter Tuberkelbacillen, da die damit geimpften Meerschweinchen an Tuberculose zu Grunde gingen. Der Autor entfernte die ganze inficirte Lymphdrüsenkette und der Kranke genas vollständig und erfreut sich seit Jahren einer ausgezeichneten Gesundheit. T. ist überzeugt, dass der Kranke ohne die Exstirpation der Lymphdrüse tuberculös geworden wäre.

Auch in Bezug auf Syphilis muss man auf der Hut sein. T. citirt einen Fall von Phlegmone lignosa im Verlaufe eines Mandelschankers.

Fallas hat auf der oto-laryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitals eine Serie von Phlegmonen bucco-pharyngealen Ursprungs zu beobachten Gelegenheit gehabt, die mit Bierhefe und Mundaseptik behandelt in Heilung übergingen.

## VII. Diverse Mittheilungen.

Delie (Ypres): Pseudoleukämie tonsillären Ursprungs.

7jähriges kräftiges Kind, in voller Gesundheit, beklagt sich über eine einfache Schluckbehinderung. Die Untersuchung ergab als Ursache eine beträchtliche Hypertrophie beider Mandeln, welche sich mit ihren inneren Flächen berühren. Diese Organe haben eine gräulich-weisse Farbe, und ihr eigenes Gewebe scheint der Sitz einer ödematösen Infiltration zu sein, ohne dass anormale Secretion oder Ulceration vorhanden wäre.

Am Unterkieferwinkel existiren einige wenig entwickelte Lymphdrüsen, welche wahrscheinlich in Beziehung zu der Mandelhypertrophie stehen. Hereditär weder Syphilis noch Tuberculose nachzuweisen. Handelte es sich um eine Hypertrophie inflammatorischer oder scrophulöser Natur? War es ein Lymphom, Lymphadenom, Sarkom, Carcinom? Entfernung einer Mandel, deren histologische Untersuchung durch Prof. Van Duyse folgendes Resultat lieferte: Hyperplasie der lymphoiden Elemente mit Hypertrophie des Stromas. Diese Gewebsnetzsklerose ist der Beweis dafür, dass es sich weder um ein Lymphadenom, noch um ein Lymphosarkom gehandelt hat. Das ist die Eigenthümlichkeit der Leukämie oder Pseudoleukämie.

Die Blutuntersuchung ergab leichte Vermehrung der Leukocyten mit vorherrschenden Polynucleärzellen; weder Leukämie noch perniciöse Anämie. Die allgemeine Körperuntersuchung ergiebt keine Alteration, ausser den hypertrophischen Halslymphdrüsen.

Im Verlaufe von 2 Monaten hatte die Krankheit bedeutende Fortschritte gemacht; das Kind war äusserst anämisch, bekam allgemeines Oedem und Dyspepsie in Folge von Lungenödem, hervorgerufen durch die Compression der Mediastinalorgane. Die Axillar- und Inguinallymphdrüsen sind normal, aber die des Halses sing ganz bedeutend voluminöser, runde, unregelmässige, enorme Massen bildend. Die Mandeln waren von einem bedeutenden Volumen, hauptsächlich die, welche nicht entfernt worden war.

Das Kind starb 3 Monate nachdem es D. zum ersten Male gesehen hatte.

Sargnon (Lyon): Parallele zwischen der inneren Kautschukdilatation und der Laryngostomie.

Unter innerer Kautschukdilatation versteht der Autor die retrograde Einführung eines „Dilatationsdrains“ durch die Trachealwunde in den verengerten oberen Theil der Trachea und den stenosirten Larynx. Dieses Drain ist eingeführt und in seiner Lage erhalten durch einen endlosen Faden, welcher einerseits durch den Mund, andererseits durch die Trachealöffnung läuft. Das ist eine ziemlich alte Methode.

Die äussere Kautschukdilatation ist nur möglich durch ihre Combination mit der Laryngostomie. Diese bildet eine ganz neue Methode, welche bis jetzt nur ungefähr 45mal ausgeführt wurde, wovon 20 auf die Lyoner Schule kommen. Die Indication für die Laryngostomie ist schon verschiedene Male beschrieben worden, daher Referent nicht mehr darauf zurückkommen will. Trotzdem befürwortet Sargnon die Nützlichkeit der Moure'schen Scheere für die Section der Kehlkopfknorpel und den Gebrauch der Lombart-Sargnon'schen Canüle, welche den Verband erleichtert. Er weist noch auf eine glückliche von Fournier angebrachte Modification hin, welche darin besteht, die Canüle durch ein Knopfloch im Dilatationsdrain hindurchzuführen, mit dem sie dann einen Körper bildet. Der Autor betont die Zweckmässigkeit, den Kautschuk zur Dilatation narbiger Verengerungen zu verwenden, während die von der italienischen Schule angepriesene Gaze sich besser für narbige Stenosen eigne. Sargnon macht noch auf 2 sehr wichtige technische Punkte aufmerksam: 1. um nachträgliche üble Zufälle und besonders Recidive zu vermeiden, muss man immer die Incision zur Laryngostomie von der Tracheotomiewunde aus, so tief dieselbe auch sein mag, ausgehen lassen; 2. die Autoplastik muss immer spät, ja recht spät vorgenommen werden, ja in schweren Fällen wird man gut thun, sehr lange eine kleine Sicherheitsöffnung zu erhalten.

Man kann im Allgemeinen sagen, dass der Canulenträger selten eine narbige Verengerung aufweist, während es sich bei dem intubirten Canulenträger immer oder beinahe immer um eine enge Ringknorpelnarbencontractur handele.

Die functionellen Stenosen sind häufig der inneren Kautschukdilatation zugänglich, und nur im Falle des Misslingens wird man zur Laryngostomie greifen.

In Fällen von Granulationswucherung um die Canüle herum ist die interne Kautschukdilatation oft nützlich und hinreichend nach Entfernung der Granulationswucherungen. Die knorpeligen Narbenstenosen fallen in den Bereich der inneren Kautschukdilatation, wenn sie nur wenig eng sind, in den der Laryngostomie, wenn sie breit sind und das erste Mittel fehlgeschlagen hat.

Für Sargnon gehören die mittleren Narbenstenosen in die gleiche Domäne der Laryongostomie. Was die Stenosen und Verwachsungen anbelangt, so räth der Autor, sie von vornherein mit der Laryngostomie zu behandeln.

In der auf die Intubation folgenden Geschwürsperiode, aber vor der Bildung endomucösen Narbengewebes kann die innere und frühzeitige Kautschukdilatation die Stenose verhindern.

Endlich ist die Laryngostomie ganz besonders indicirt bei der Cur recidivirender Papillome (italienische Schule, Beco, Sargnon); sie kann bei gewissen

Formen von Larynxtuberculose ohne schwere Lungenläsionen und bei einigen Fällen von Neoplasma, aber ganz am Anfang, zur Verwendung kommen.

Hinsichtlich der Schwere der Operation nimmt die Laryngostomie die Mitte ein zwischen der Laryngofissur und der Laryngectomie.

Discussion:

Jacques (Nancy) glaubt, dass es am Platze wäre, die Indicationen zur Laryngostomie genauer festzustellen. Nach seiner Ansicht ist sie eine werthvolle Intervention in Fällen fibröser Stenosen; man muss aber darauf achten, dass bei bösartigen Tumoren das Verbleiben eines mit dem primären Degenerationsherd in Contact stehenden Fremdkörpers reizend wirkt und gewisse Unbequemlichkeiten haben kann; das permanente Offenhalten des Larynx Papillomen gegenüber bleibt eine Operation von vielleicht excessiver Schwere, weil die Indicationen dafür discutabel erscheinen gegenüber besonders der neuen Erleichterungen, welche die directe Laryngotracheoskopie bietet.

Beco giebt zu bemerken, dass alle seine Kranken zuvor tracheotomirt waren und die Canüle zum mindesten 8 Monate lang getragen haben; ausserdem haben zwei bei jedem neuen Recidiv Jodsalze genommen. Immerhin verwirft er nicht systematisch die Tracheotomie, weil man ihr Heilungen zugeschrieben und sie keineswegs die secundäre Laryngostomie erschwert, welche nach ihm die letzte chirurgische Reserve bildet. Er erkennt vollständig die Laryngotracheoskopie an, welche mehr oder weniger glückliche Resultate liefern könne je nach der Geschicklichkeit des Operateurs und der Schwere des Falles. Jedoch deucht ihm, dass sie oft fehlschlagen dürfte auch in den geschicktesten Händen.

Sargnon meint, dass man die 2 Methoden von Laryngostomie auseinanderhalten müsse:

1. die Laryngostomie mit äusserer Kautschukdilatation, typische Methode für Narbenstenosen;

2. die Laryngostomie ohne Kautschukdilatation, die in Folge dessen auch garnicht reizend wirkt, sollte in den anderen Fällen angewendet werden und hauptsächlich bei den recidivirenden Papillomen.

Was die Mortalität anbelangt, so kenne man unter 47 Fällen nur 3 Todesfälle; einen an Bronchopneumonie, einen an Bronchopneumonie bei einer dem Autor unbekannten Patientin; und endlich einen dritten ebenfalls an Bronchopneumonie nach der Heilung und Sutur (These von Barlatier, 1908). Es geht daraus hervor, dass man die Kranken im nicht entzündlichen, kalten (à froid) Zustand operiren muss, wenn man die Lungeninfection, welche hauptsächlich dem Brand (Sphacelus) zuzuschreiben ist und die gewöhnlich eine buccale Infection ist, vermeiden will.

Janquet (Brüssel) glaubt nicht an die specifische Wirkung des Kautschuk auf den Schwund des Narbengewebes; dieser wird allein durch die Compression bedingt.

Er glaubt, die Dilatationsdrains mit Vortheil ersetzen zu können durch einen Apparat, der auf die der Dilatation ausgesetzten Gewebe einen constanten Druck ausübt, der etwas niedriger als der Blutdruck ist, aber hinreichend genug, um eine progressive Atrophie der Gewebe durch Ernährungsverminderung hervorzurufen.

Man vermeidet so die Mortification und den Sphacelus, die gefährlich werden können.

Guisez (Paris): Ergebnisse der directen Tracheoskopie und Laryngoskopie.

Vorzeigen der zwei letzten Fremdkörper (kleine Erbse und Kautschukröhre), welche der Autor aus dem rechten Bronchus mit der Bronchoskopie herausgeholt hat.

Die Intervention war leicht und die Heilung ging ohne Complicationen vor sich. Er berichtet ferner noch über mehrere Fälle von directer Tracheoskopie:

1. Trachealtumor von fibröser Consistenz bei einem Erwachsenen, inserirt im Niveau des zweiten Trachealringes und diagnosticirt mit der Tracheoskopie. Operation auf natürlichem Wege. Heilung.

2. Multiple Larynx- und Trachealpapillome bei einem 6jährigen Kinde. Operirt mit Tracheoskopie nach vorausgeschickter Tracheotomie. Heilung.

3. Doppelte Intratrachealklappe dyspnoetische Erscheinungen verursachend. Diagnose durch Tracheoskopie. Section der Klappe gefolgt von partieller Heilung. Die hintere Klappe ist nicht dilatirbar; es handelt sich um eine Hernie der hinteren Wand der Trachea in das Lumen.

4. Zwei Fälle von Compression, der eine durch einen Kropf, der andere durch eine Tracheo-bronchialadenopathie. Die Tracheoskopie gestattete den Sitz des Hindernisses festzustellen und über die Zweckmässigkeit einer tiefen Tracheotomie zu entscheiden.

Guisez (Paris): Ueber die ösophagoskopische Diagnose bei den verschiedenen Formen von Oesophagusstenose.

Reihe persönlicher Beobachtungen betreffend das Aussehen, welches das Oesophaguslumen je nach den verschiedenen Formen der Stenosen darbietet.

Discussion:

Jacques lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein weisser Flecken in der Nachbarschaft von Oesophagusneoplasmen, die man manchmal mit wirklichen leukoplastischen Flecken vergleichen könnte, die aber im Gegensatz zu diesen ganz und gar nicht adhäriren, denn es handelt sich hier um Belege oberflächlicher Ulcerationen.

Bezüglich der Behandlung von Oesophagusverengerungen giebt er das sehr befriedigende Resultat an, welches er bei zwei Kindern mit enger Narbenstenose caustischen Ursprungs durch die mehrere Tage dauernde Dauerapplication eines feinen an einen Zahn fixirten Gummibougies erzielt hat. Perfecte Toleranz. Das Verschlucken von Flüssigkeit wurde sehr schnell ertragen. Schliesslich bot die ganz und gar erweichte Strictur dem Einführen viel voluminöserer Sonden kein Hinderniss mehr dar.

Trétrôp: Oesophagoskopie und Tracheo-bronchoskopie.

T. practicirt die Oesophagoskopie und Tracheo-bronchoskopie mit den Killian'schen Röhren und hat es dahin gebracht, das dazu nothwendige Instrumentarium bedeutend zu vereinfachen.

Er empfiehlt den Gebrauch der neuen Killian'schen Spatelröhren mit verschiebbaren inneren Röhren und zur Beleuchtung den gewöhnlichen Clar'schen Spiegel.

Er giebt die Beschreibung eines äusserst einfachen Oesophago-trachealphantoms und räth, sich nach der Methode von Castre u. Morat an eingeschläferten Hunden zu üben.

Er theilt die von ihm neuerdings behandelten Fälle mit:

1. Oesophagus: Ein Fall von Wunde durch ein stechendes Instrument; ein Fall von Fremdkörper; grosse Fischgräte; Fälle von vermutheten Fremdkörpern; ein Fall von Pseudokrebs, bei welchem die Oesophagoskopie nur einen Spasmus ergeben hat. Drei Fälle von Oesophaguskrebs, wovon einer mit Herausnahme eines Stückchens zur mikroskopischen Untersuchung.

2. Larynx und Trachea: Zwei Kehlkopffremdkörper, ein Fragment der Hülse eines Apfelkerns und eine feine Fischgräte; endlich ein Fall von Papillom, der sich noch in Behandlung befindet.

T. citirt Fälle von Asthma geheilt durch bronchoskopische Behandlung und schliesst daraus, dass angesichts der Dienste und der Einfachheit der Methode sich der Specialist dieselbe zugänglich machen sollte.

Trétrôp: Praelaryngealcyste, operirt und geheilt.

Erwachsener Mann mit einer Cyste, welche sich seit drei Jahren vorne am Kehlkopf entwickelt hatte. Abtragung unter Localanästhesie und Heilung per primam: Talgcyste vom Volumen einer grossen Walnuss.

Discussion:

Capart jr. (Brüssel) hatte neulich die Gelegenheit einen Fall von Tuberculose der Bursa serosa subhyoidea zu operiren. Das Aussehen des Tumors war analog dem, welches man bei den Hygromen der Serosa constatirt. Da mehrere Aspirationen des Eiters vermittelst einer Spritze die Heilung nicht herbeiführten, wurde zur Radicaloperation geschritten. Der Eitersack war doppelt. Eine feine Oeffnung stellte eine Communication her zwischen dem äusseren Abscess und dem unterhalb des Os hyoid. sich befindlichen.

Janquet (Bruxelles) erinnert daran, dass ein Unterschied besteht zwischen der Bursa subhyoid. Bayer's und der Bursa praelaryngealis Broca's. Er hat mehrere Fälle von Hygroma und Abscessen dieser Bursae gesehen, die sich vom anatomischen Gesichtspunkte aus absolut differenzirten.

Trétrôp: Larynxstenose mit plötzlichem Tod.

Beobachtung eines Kranken, welcher plötzlich erstickte, ehe man ihm zur Hülfe eilen konnte. Bei der Autopsie fand man die Stimmbänder sich derart berührend, dass sie jeden Luftdurchgang abschlossen. Es war eine gewisse Schwellung der rechten Regio arytaenoid. vorhanden und ein kleiner gelappter ziemlich consistenter Tumor der rechten seitlichen hinteren Wand in halber Höhe derselben, welcher nach hinten in den Oesophagus einen Vorsprung bildete. Der Autor wollte das Präparat intact vorzeigen, ehe er mikroskopische Schnitte davon anlegte.



Fallas: Einige Fälle von Complicationen bei der Operation adenoider Vegetationen.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 13jähriges Mädchen, welches noch nie zuvor menstruirt und bei der Abtragung der adenoiden Wucherungen eine schwere Hämorrhagie bekam. Vom nächsten Monat ab traten die Regeln regelmässig ein.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine purulente chronische Otitis bei einem Erwachsenen, dem man in der Chloroformnarkose eine Vegetation, ein knorpliges und ein hypertrophisches Muschelende abtrug. Die Operation war sehr mühsam, wegen des nervösen Zustandes des Patienten, welcher sich derartig gebärdete, dass er mehrmals vom Operationstisch herunterfiel. Vier Tage darauf stellten sich Symptome von Lungenabscess ein, der glücklicherweise nach mehreren Brechmitteln mit Heilung endete. F. glaubt, dass der Abscess von der Aspiration von Blut und Wucherungsfragmenten während der Operation herrührt. Er mahnt zur Vorsicht bei der allgemeinen Narkose bei der Operation von Vegetationen beim Erwachsenen und empfiehlt die Rose'sche Kopflage.

Montag, den 29. Juni

Excursion nach Tervüren und Löwen, wo der sympathische und allgemein beliebte Präsident Delmarcel mit seiner Gattin den Congressmitgliedern einen gastlichen Empfang bereitete, den alle in der angenehmsten Erinnerung behalten werden.

Bayer.

---

### e) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 27. April 1907.

Sterling: Zwei Fälle von Siebbeinempyem.

I. 15jähriger Patient, der an Schmerzen im oberen Theil der rechten Orbita leidet. Die Augenlider sind ödematös und geröthet; leichter Exophthalmus. In der Nase kein Eiter. Diagnose: Orbitalabscess wahrscheinlich im Anschluss an ein Stirnhöhlenempyem. Bei der Incision findet man die Siebbeinzellen voller Eiter und Fungositäten. Curettage. Heilung.

II. Kranker von 59 Jahren. Seit einigen Tagen fester und sehr schmerzhafter Tumor im rechten inneren Augenwinkel. Schwellung der submaxillaren Drüsen. Kein Eiter in der Nase. Diagnose: Sarkom. Operation: Enucleation des Bulbus. Man fand keinen Tumor, sondern nur Eiter und Granulationen an der Lamina papyracea und in den Siebbeinzellen. St. räth den Ophthalmologen in allen derartigen Fällen, um solche Irrthümer zu vermeiden, vor der Operation einen Rhinologen zuzuziehen.

Rueda analysirt die vasculären und nervösen Beziehungen der Siebbeinregion und Orbita.

Tapia: Solche Irrthümer sind nicht zu begreifen, wenn man nicht zugiebt, dass die Untersuchung mangelhaft war. Der endonasale Weg der Operation ist nur einzuschlagen, wenn es sich um reine Siebbeinempyeme handelt. In allen anderen Fällen ist der Weg von der Orbita aus einzuschlagen; handelt es sich

dann um ein Stirnhöhlenempyem, so hat man bereits das II. Tempo der Killian-schen Operation gemacht, die er in allen diesen Fällen für die zu wählende Methode hält.

Sitzung vom 7. Mai 1907.

Goyanes: Enucleation eines grossen cystischen Kropfes.

Kranke von 23 Jahren. Der Kropf verdrängte den Larynx, Trachea und Oesophagus stark nach links. Es bestand Athemnot und Schluckbehinderung. Operation in Scopolamin-Morphiumschlaf. Heilung.

Cardenel verwirft die allgemeine Narkose und räth zur Localanästhesie nach Kocher, um den Recurrens besser überwachen zu können.

Landete: Ueber die Anwendung von Somnoform in der Stomatologie.

Er bespricht die Anwendung des Mittels in seiner Klinik.

Tapia bespricht den Gebrauch des Somnoforms in der Otorhinolaryngologie.

Sitzung vom 20. Mai 1907.

Tapia: Einige Fälle von Kehlkopflähmung.

I. Posticuslähmung des linken Stimmbandes, besteht seit den 4 Jahren, während welcher der Pat. in Beobachtung ist. Es ist auch mit Hülfe der Radiographie nicht möglich, einen Grund für die Lähmung ausfindig zu machen.

II. Halbseitige Kehlkopflähmung und Lähmung des Gaumensegels derselben Seite (Avellis'scher Symptomencomplex). 18jährige Patientin, in der Familie Tuberculose. Seit $^1/_2$ Jahr Regurgitiren von Flüssigkeiten durch die Nase. Allmählich besserte sich diese Erscheinung und verschwand schliesslich ganz. Kurze Zeit darauf Heiserkeit. Untersuchung ergiebt rechtsseitige Gaumensegellähmung, Sensibilität daselbst herabgesetzt. Das rechte Stimmband in Cadaverstellung. Die durch den Glossopharyngeus, Trigeminus, Chorda tympani versorgten Partien völlig normal. In diesem Fall schien es also, dass die Sensibilität des Gaumensegels durch den N. pharyngeus superior besorgt wird. Pat. hatte Tachycardie und keuchhustenähnlichen Husten.

T. giebt eine Analyse des Falles.

III. Avellis'scher Symptomencomplex. 48jähriger Patient, dessen Geschichte der vorigen gleicht. Die Störungen wurden hervorgerufen durch syphilitische Halsdrüsen.

Sitzung vom 27. Mai 1907.

Goyanes: Myelogenes Sarkom des Oberkiefers.

Das Sarkom hatte sich in der Diploe des Oberkiefers entwickelt. Kieferresection. Heilung.

Botella: Fremdkörper des Oesophagus.

Zahnprothese 24 cm von der Zahnreihe entfernt im Oesophagus sitzend. Die

Extraction auf ösophagoskopischem Wege misslingt. Oesophagotomia externa. Heilung.

Tapia führt 6 Fälle an, in denen die Extraction auf ösophagoskopischem Wege gelang; nur in einem Falle musste die Oesophagotomie gemacht werden.

Tapia.

---

# IV. Briefkasten.

## Personalnachrichten.

Dr. L. Réthi (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

---

Am King's College (London) ist eine Professur für Laryngologie errichtet und Dr. St. Clair Thomson übertragen worden.

---

## Zum 50jährigen Doctorjubiläum Emerich v. Navratil.

Leider sehr verspätet geht uns die Nachricht zu, dass unser verehrter Mitarbeiter, Hofrath E. v. Navratil, im Juni letzten Jahres das Jubiläum seiner 50jährigen Promotion zum Doctor Medicinae an der Universität Budapest gefeiert hat. Der Jubilar hat als einer der ersten Schüler Czermak's an der Wiege der Laryngologie gestanden und dürfte wohl als Senior der gegenwärtig lebenden Laryngologen zu betrachten sein. Ein gütiges Schicksal hat ihm verstattet, nicht nur die Jubelfeier gesunden Körpers und Geistes zu erleben, sondern auch die Organisation der rhino-laryngologischen Section des bevorstehenden internationalen Congresses zu Budapest zu übernehmen, eine Aufgabe, die er sicher zu allseitiger Zufriedenheit lösen wird. Bei Gelegenheit des Jubiläums wurde ihm von Seiten der Budapester medicinischen Fakultät ein Ehrendiplom überreicht, und er wurde von verschiedenen medicinischen Körperschaften seines Heimathlandes aufs Herzlichste beglückwünscht.

Diesen Glückwünschen schliesst sich das Centralblatt, das bei dieser Gelegenheit wohl als Sprecher für die ausländischen Specialcollegen des Jubilars fungiren darf, aufs Wärmste an. Möge es ihm vergönnt sein, noch viele Jahre in gleicher Frische des Geistes und Körpers zu verleben! — Die Laryngologie ist ihm dankbar für viele Bereicherungen ihres Wissens und Könnens! —

---

## Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses.

Soeben sind im Verlage von Franz Deuticke (Wien und Leipzig) die Verhandlungen dieses Congresses, herausgegeben vom Generalsekretär Prof. Dr. M. Grossmann, erschienen. Ueber die Verhandlungen selbst ist bereits im Centralblatt berichtet worden (Mai-, August- und Septembernummer vorigen Jahres). Das schnelle Erscheinen des stattlichen 637 Seiten und 93 Abbildungen enthaltenden Bandes ist dankbar anzuerkennen. Es zeigt eindringlicher, als die Ausführungen eines Einzelnen es vermögen, wie tief bedauerlich es wäre, wenn eine Specialität, die solcher Leistungen fähig ist, ihre Selbstständigkeit einbüsste! —

---

## Zur Stellung der Laryngologie in England.

Bezüglich der unter „Personalnachrichten" mitgetheilten Errichtung einer Professur für Laryngologie am King's College (London) bringt das British Medical Journal vom 19. December einen Leitartikel unter dem Titel „Specialities and Professorships", den wir der Beachtung der Collegen empfehlen, die sich für die Geschichte unserer Specialität interessiren. Es klingt wie ein Echo unseres vor genau 24 Jahren erschienenen Leitartikels über „die Stellung der Laryngologie in Grossbritannien (Centralblatt I., S. 163 u. 189), wenn noch heute in einem leitenden

englischen medicinischen Blatte die gegenwärtige Stellung der Laryngologie an den grossen Hospitälern Londons folgendermaassen geschildert werden kann:

„Die Laryngologie und andere gegenwärtig durchaus anerkannte Specialitäten gelangten später (d. h. als die Ophthalmologie) zur Anerkennung, nicht ohne heftige Opposition. Aber obwohl gegenwärtig die meisten allgemeinen Hospitäler Abtheilungen für Krankheiten des Halses, der Ohren und der Haut haben, denen Specialisten vorstehen, so sind die Lehreinrichtungen dieser Zweige der Medicin in vielen Schulen nichts weniger als ausreichend für das Bedürfniss der Lernenden und befriedigend für den Lehrer. In feiner, aber nicht misszuverstehender Weise wird dem Specialisten die Inferiorität seiner Stellung fühlbar gemacht.[1] Oft wird er nur eben von seinen medicinischen und chirurgischen Collegen geduldet: bisweilen muss er taub für kaum verhüllten Hohn über sein Arbeitsfeld und blind für persönliche Missachtung sein; die Einrichtung seiner Abtheilung ist ungenügend und Verbesserungen des Instrumentariums und der Räumlichkeiten werden nur murrend bewilligt; als untergeordnete Assistenten werden ihm Studenten ohne jede klinische Erfahrung zugetheilt. Auf diese Weise werden seine Gelegenheiten, sich entweder als Kliniker oder als Lehrer nützlich zu machen, auf das niedrige Niveau beschränkt, welches man für die angemessene Sphäre einer blossen Specialität hält. In einigen Londoner Schulen ist die Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten nominell unter der Leitung eines der Hospitalchirurgen, der aber die Arbeit einem Assistenten überträgt."

Die weiteren sehr lesenswerthen Ausführungen bringen Belege für diese — nach meiner persönlichen Erfahrung durchaus wahrheitsgetreuen — Angaben. Es ist gut, dass endlich einmal ein führendes englisches medicinisches Blatt die Sachlage aufdeckt und die Dinge beim rechten Namen nennt. Verhältnisse der geschilderten Art sind es gewesen, die mich vor elf Jahren zum Rücktritt von meiner Stellung an einem der grossen Hospitäler Londons getrieben haben. Ich bedauere, aus dem oben citirten Artikel zu entnehmen, dass die Dinge anscheinend ziemlich allgemein auch heute noch so liegen, wie ich dies vor 24 Jahren in diesem Blatte schilderte und 15 Jahre lang persönlich erlebte. Felix Semon.

---

## In welchen Zwischenräumen sollen die allgemeinen internationalen medicinischen Congresse tagen?

Das Comité des bevorstehenden internationalen Congresses zu Budapest hat den nationalen Comités der einzelnen Länder den Vorschlag unterbreitet, dass die Intervalle zwischen den Congressen fünf Jahre betragen sollen, wenn sie in gleichen, drei Jahre, wenn sie in verschiedenen Erdtheilen stattfinden. Im britischen Landescomité hat der Herausgeber des Centralblatts diesem Vorschlag gegenüber die Modification proponirt, dass jederzeit eine vierjährige Zwischenzeit innegehalten werden solle, da auf diese einfache Weise eine practische Verständigung mit den internationalen Specialcongressen erzielt werden könne. Entschlössen sich nämlich auch letztere zu einem vierjährigen Turnus, so könne jeder Zweig der Medicin, einmal als besonderer Congress, einmal als Section des allgemeinen internationalen Congresses, alle zwei Jahre tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bliebe ein freies Jahr.

Dieser Vorschlag wurde von dem britischen Landescomité einstimmig angenommen und dürfte bereits dem ungarischen Organisationscomité unterbreitet worden sein. Seither haben sich die „Berliner klinische Wochenschrift" (No. 49, 1908, S. 2212) und das „Brit. medical Journal" (Dec. 19, p. 1829) mit ihm einverstanden erklärt und empfehlen warm seine Annahme.

Auch der so nothwendige Vorschlag Waldeyer-Posner: ein ständiges Organisationscomité für die internationalen allgemeinen Congresse einzusetzen (vgl.

---

1) Der englische Satz, der sich kaum wörtlich übersetzen lässt, lautet: „In subtile ways the specialist is made, in the language of the police court, to feel his position."

Centralblatt, XXI, 1905, S. 420), — scheint nunmehr seiner Verwirklichung entgegenzugehen.

---

## Erklärung.

In verschiedenen medicinischen und Tageszeitungen ist in der letzten Zeit eine Reihe von Artikeln veröffentlicht worden, welche das Wesen der sogenannten „Soldschreiber“ über medicinische Präparate beleuchten. Die Abfassung dieser Artikel ist theilweise geeignet, bei den Aerzten und dem Publicum irrige Auffassungen über die Art der Einführung neuer Heilmittel zu erwecken. Der „Verband der chemisch-pharmazeutischen Grossindustrie“ sieht sich deshalb zu folgender Erklärung veranlasst:

Der „Verband“ bekämpft das Soldschreiberwesen auf das Energischste und hat die gleichen Bestrebungen der „freien Vereinigung der medicinischen Fachpresse“ in jeder Weise thatkräftig unterstützt, wie dies auch von der „Vereinigung“ anerkannt worden ist.

Die dem „Verband“ angehörigen Firmen müssen mit aller Entschiedenheit der völlig haltlosen Auffassung entgegentreten, als hätten sie irgend ein Interesse an einer „Schönfärberei“ in den Publicationen über Arzneimittel. Ihr alleiniges Interesse ist das einer gründlichen, sorgfältigen und absolut einwandsfreien Prüfung ihrer Präparate durch anerkannte, unbeeinflusste Fachmänner. Eine solche Prüfung ist aber zur Erzielung von Fortschritten auf dem Gebiete der medicamentösen Therapie durchaus unentbehrlich.

Die in der Fachpresse erörterte Frage der Honorirung von Arbeiten über medicinische Präparate ist eine ärztliche Standesangelegenheit. Die unterzeichneten Firmen nehmen deshalb hierzu keine Stellung: sie halten es für ausgeschlossen, dass ein ehrenhafter Arzt seine Ansichten und die Ergebnisse seiner Untersuchungen irgendwie davon beeinflussen lassen könnte, ob ihm seine Arbeit und Mühe vergütet wird oder nicht. Diese Frage sollte mit der völlig anders gearteten Frage der Ausmerzung berufsmässiger Soldschreiber in keiner Weise verquickt werden.

Actiengesellschaft für Anilinfabrication, Berlin SO. 36.
C. F. Boehringer u. Söhne, Mannheim-Waldhof.
Chemische Fabrik auf Actien vorm. E. Schering, Berlin N. 39.
Chemische Fabrik Güstrow, Güstrow i. M.
Chemische Fabrik von Heyden, A.-G., Radebeul bei Dresden.
Farbenfabrik vorm. Friedr. Bayer u. Co., Elberfeld.
Farbwerke vorm. Meister, Lucius u. Brüning, Höchst a. M.
Gehe u. Co., A.-G., Dresden-N.
Gesellschaft für Chemische Industrie, Basel (Schweiz).
F. Hoffmann, La Roche u. Co., Grenzach (Baden).
Kalle u. Co., A.-G., Biebrich a. Rhein.
Knoll u. Co., Ludwigshafen a. Rhein.
E. Merck, Darmstadt.
Pearson u. Co., G. m. b. H., Hamburg.
J. D. Riedel, A.-G. (Chemische Fabriken), Berlin N. 39.
Schülke u. Mayr, Lysolfabrik, Hamburg.
Dr. Theinhardt's Nährmittel, G. m. b. H., Cannstatt-Stuttgart.
Vereinigte Chininfabriken Zimmer u. Co., G. m. b. H., Frankfurt a. M.

[Indem wir obige Erklärung gern, wie gewünscht, abdrucken, bemerken wir mit Bezugnahme auf die immer häufiger werdende Zusendung anonymer, offenbar zum Abdruck bestimmter Referate über neue Mittel und Behandlungsmethoden, dass das Centralblatt nur Berichte seiner eigenen Referenten aufnimmt. Red.]

---


Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Februar. 1909. No. 2.

# I. Zum 25jährigen Bestehen des Centralblatts.

## Danksagung und Erklärung des Herausgebers.

Der Anfang des neuen Jahres hat mir die grösste Freude gebracht, die einem Menschen am Schlusse seiner Laufbahn zu teil werden kann: den Beweis, dass seine Bestrebungen von denjenigen, denen sie gewidmet waren, nicht nur anerkannt, sondern ihrer Dankbarkeit gewürdigt werden.

Ganz unerwartet ist mir beim Beginne des 25. Jahrganges des Centralblatts von meinen gegenwärtigen und einer Anzahl meiner früheren Mitarbeiter, von dem Verleger des Blattes, von der überwiegenden Mehrzahl der laryngologischen Gesellschaften der Welt, von einer grossen Zahl persönlicher Freunde und mir persönlich nicht bekannter Specialicollegen so viel Ehrung erwiesen, so viel Herzliches, Liebes und Gütiges gesagt worden, dass Worte nicht ausreichen, um den Gefühlen Ausdruck zu geben, die mein Innerstes bewegen. —

Es war meine Absicht gewesen, das Jubiläumsjahr des Centralblatts in aller Stille verstreichen zu lassen und erst in der Juninummer dieses Jahres, d. h. in dem Augenblicke, wo es thatsächlich ein Vierteljahrhundert bestanden haben wird, gleichzeitig mit einem kurzen Rückblick auf die Entwickelung unserer Specialität während der letzten 25 Jahre die Mittheilung zu machen, dass ich mit dem Abschluss dieser Nummer von der Redaction zurückträte, da ich an diesem Tage mich von der Praxis zurückzuziehen*), London zu verlassen und den Rest meiner Tage auf dem Lande zu verleben beschlossen habe. Demgemäss hatte ich weder in der Julinummer des letzten Jahres, in welcher das Blatt thatsächlich in sein 25. Lebensjahr eintrat — denn seine erste Nummer ist am 1. Juli 1884 erschienen und erst 10 Jahre später ist der Beginn des Jahrganges aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Beginn des Kalenderjahres verlegt worden —, noch in der Januarnummer dieses Jahres, in welcher sein fünfundzwanzigster Band begann, mit einem Wort des Abschnittes gedacht, den ein vierteljahrhundertlanges Be-

*) Die von mir seit langer Zeit übernommene Verpflichtung, einen einleitenden Vortrag bei Gelegenheit des diesjährigen internationalen Congresses zu Budapest zu halten, werde ich selbstverständlich noch erfüllen.

stehen in dem Leben eines Blattes bedeutet, und hatte, wie schon erwähnt, beabsichtigt, alles, was ich hierüber vorzubringen habe, bei Gelegenheit des Abschlusses des Jubiläumsbandes zu sagen.

Aber der Mensch denkt, die Freunde und Collegen lenken! — Sie haben den Beginn des 25. Bandes des Centralblatts nicht vorübergehen lassen wollen, ohne diesem Blatte und seinem Begründer und Leiter in wahrhaft einziger Weise ihre Anerkennung seiner Bestrebungen kundzugeben, und sie haben mich dadurch zu einer Aenderung meiner bescheidenen Pläne gezwungen. Denn ich kann weder den Ausdruck meines innigen Dankes auf den Tag verschieben, an dem ich ursprünglich Abschied zu nehmen dachte, noch heute einfach danken, ohne meines unwiderruflichen Entschlusses Erwähnung zu thun, dass ich — entgegen den freundlichen, mir bei dieser Gelegenheit von allen Seiten ausgedrückten Wünschen und Hoffnungen — am Schlusse des thatsächlichen vierteljahrhundertlangen Bestehens des Centralblatts, d. h. am 30. Juni dieses Jahres, von der Stellung des Herausgebers zurücktreten werde.

Unter diesen Umständen sei es mir vergönnt, heute nur persönlich zu sprechen und meinen Bericht über die wissenschaftliche und medicinisch-politische Thätigkeit des Centralblatts während der verflossenen 25 Jahre, wie ursprünglich beabsichtigt, in der letzten unter meiner Leitung erscheinenden Nummer, d. h. im Juni dieses Jahres zu bringen.

Ich beginne mit einer kurzen Schilderung der dem Centralblatt beim Beginne seines 25. Bandes dargebrachten internationalen Ehrung.

Nicht weniger als neunzehn laryngologische Gesellschaften haben mir bei dieser Gelegenheit ihre Glückwünsche dargebracht.

Die laryngologische Section der Royal Society of Medicine of London gratulirte in ihrer letzten Sitzung durch den Mund ihres Präsidenten.

Die Berliner laryngologische Gesellschaft, die laryngologische Section der Königlich Ungarischen Gesellschaft der Aerzte, die American Laryngological Association, die laryngologische Section der New York Academy of Medicin, die laryngologische Section der American Medical Association, die Chicago Laryngological und Otological Society, die American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology, die Oto-Rhino-Laryngologische Section der Schwedischen medicinischen Gesellschaft sandten herzliche Adressen, die beiden erstgenannten in wunderbarer künstlerischer Ausstattung.

Telegraphische Glückwünsche sandten: die Société Française de Laryngologie, die Société Parisienne de Laryngologie, der Verein Deutscher Laryngologen, die Gesellschaft Sächsich-Thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte, die Vereinigung Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte, die Wiener laryngologische Gesellschaft, die Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Dänische Oto-Laryngologische Gesellschaft, der St. Petersburger Oto-Laryngologische Verein und die Spanische Medicinisch-Chirurgische Academie, — letztere beide unter gleichzeitiger Verleihung ihrer Ehrenmitgliedschaft an den Herausgeber.

Ausserdem wurde derselbe davon benachrichtigt, dass die spanischen Collegen ihm eine künstlerisch ausgestattete Adresse und die Mitglieder der laryngologischen

Section der Londoner Royal Society of Medicine ein Album mit den Photographien sämmtlicher Mitglieder überreichen würden. — Erstere ist inzwischen eingetroffen. Sie besteht in einer herrlichen Nachbildung eines Portals der Alhambra in Gold auf Stahl, die eine überaus schmeichelhafte Widmung trägt, und in ihrem Inneren ein Album mit den Autographen sämmtlicher spanischer Laryngologen enthält.

Ferner lief eine grosse Anzahl privaten Zuschriften, Glückwünschen anderer Specialzeitschriften s.s.w. ein.

Eine ganz einzige Freude wurde mir durch die Liebesgabe der gegenwärtigen, einer Anzahl von früheren*) Mitarbeitern und des Verlegers des Centralblatts bereitet. Dieselben haben mir ein herrliches silbernes Kästchen, das aus der Meisterwerkstatt von Tiffany in New York stammt und eine getreue Wiedergabe eines gebundenen Bandes des Centralblatts darstellt, gestiftet. Auf seinem Deckel trägt dasselbe in erhabener Prägung, in genauer Nachahmung des Titels des Centralblatts, und mit Angabe der Namen aller Beitragenden, eine so herzliche Widmung und eine so überreiche Anerkennung meiner Bemühungen, dass ich nur mit Hans Sachs in den „Meistersingern“ ausrufen kann:

„Euch macht Ihr's leicht, mir macht Ihr's schwer,<br>
„Gebt Ihr mir Armen zuviel Ehr'!“

Wahrlich: mein Herz ist, während ich diese Zeilen schreibe und auf die vor mir liegenden Zeichen von gütiger Anerkennung und persönlicher Zuneigung blicke, so voll von Rührung und Dankbarkeit, dass ich nicht weiss, wie ich diesen Gefühlen Ausdruck geben soll, ohne in Ueberschwänglichkeit zu verfallen! — Ich kann nur sagen: Dank, innigsten, herzlichsten Dank allen, die dazu beigetragen haben, mir diesen Gedenktag und gleichzeitig den Vorabend meines Scheidens aus der activen Thätigkeit so schön, so erhebend zu gestalten! — Denn welcher Formen der Anerkennung ein Mann sich auch in seinem Leben zu erfreuen haben mag — nichts ist doch so werthvoll, als der Beifall seiner eigenen Fachgenossen, derjenigen, die das beste Urtheil über seine Leistungen haben! —

Aber während ich so spreche, fühle ich wie der Dirigent, der am Schlusse eines Tonstücks, während das Publikum ihm zujubelt, seine Hände nach seinen Orchestermitgliedern ausstreckt, als stummes Zeichen, dass der Applaus ihnen mindestens ebenso gebühre, wie ihm selbst! — Das gilt wahrlich für die ständigen Mitarbeiter des Centralblatts! — Was hätte ich mit allen meinen Ideen für die Errichtung eines internationalen Organs für die Interessen der Laryngologie erreichen können, wenn ich nicht vom ersten Augenblicke an und während der ganzen verflossenen fünfundzwanzig Jahre treue, ausdauernde, uneigennützige Mitarbeiter in aller Herren Ländern gefunden hätte, welche diese Ideen in die That umgesetzt haben und sie in stiller Arbeit noch heute fortsetzen? — Und wenn in der Adresse der Berliner Laryngologischen Gesellschaft freundlich hervorgehoben wird, dass es nicht häufig sei, dass ein und derselbe Autor während fünf Lustren ein wissenschaftliches Blatt leite, so ist es sicherlich noch bemerkenswerther, dass von den zwölf Mitarbeitern, mit denen ich am 1. Juli 1884 das Werk des Centralblatts begann, noch heute, nach einem Vierteljahrhundert, nicht weniger als sechs: Bayer

*) B. Fränkel, Landgraf, Lunin, E. Meyer, R. Semon.

(Brüssel), O. Chiari (Wien), G. Jonquière (Bern), G. M. Lefferts (New York), E. J. Moure (Bordeaux), E. Schmiegelow (Kopenhagen), mir in treuer Genossenschaft zur Seite stehen! — Was das besagen will, welche aufopfernde Tätigkeit da von vielbeschäftigten Männern während dieser langen Zeit unentgeltlich und nur von dem Wunsche beseelt, die literarische Arbeit ihrer Collegen zu erleichtern, geleistet worden ist, erhellt aus der einzigen Thatsache, dass mein lieber alter Freund und amerikanischer Mitarbeiter, George Lefferts, seit der Gründung des Blattes zu seinem Inhalt nach geringster Schätzung **über 7000 Referate** beigesteuert hat! —

Die mir gespendete gütige Anerkennung gebührt in gleichem Maasse diesen Getreuen, ebenso wie den später hinzugetretenen Mitarbeitern, von denen ich unseren Viceredacteur, Dr. Georg Finder namhaft machen muss, der seit vielen Jahren die auf ihn entfallende riesige Arbeit: sämmtliche Uebersetzungen zu besorgen und das Blatt allmonatlich für den Druck herzustellen, in geradezu mustergültiger Weise geleistet hat. Aber auch denjenigen unserer früheren Mitarbeiter, die durch Zunahme anderweitiger Verpflichtungen gezwungen waren, aus ihrer Thätigkeit für das Centralblatt auszuscheiden, sei bei dieser Gelegenheit wärmster Dank dargebracht. Und ich hoffe, man wird es verstehen, wenn ich persönlich meinen lieben Mitarbeitern, Dr. Emil Mayer (New York), auf dessen Initiative, wie ich höre, die mir soeben zu Theil gewordene internationale Auszeichnung zurückzuführen ist, sowie Prof. Rosenberg (Berlin), der ihm hierin treu zur Seite gestanden hat, und dem die sinnige Form der Liebesgabe der Mitarbeiter ihren Ursprung verdankt, hier auch öffentlich herzlichst zu danken wünsche.

---

Frage ich mich nun, ob das Blatt in den 25 Jahren seines Bestehens denn auch wirklich die aussergewöhnliche Anerkennung verdient hat, die ihm soeben erzeigt worden ist, so bin ich mir klar darüber, dass es nicht möglich gewesen ist, alle die Ideale zu verwirklichen, die mir bei seiner Gründung vorschwebten.

Vier Punkte waren es, die meiner Absicht nach dem Unternehmen einen ganz besonderen Stempel aufdrücken sollten: es wollte „schnell, zuverlässig und übersichtlich alles“ melden, was im jeweiligen Augenblicke in unserer Specialität vor sich gehe. (Vgl. den Prospect des Blattes, Vol. I, No. 1, S. 2, 1884.)

Bezüglich des ersten und letzten dieser Punkte haben sich beim besten Willen meine Versprechungen nicht völlig einhalten lassen.

Was die Schnelligkeit der Berichterstattung anbetrifft, so habe ich vor 15 Jahren in dem Artikel, welcher dem zehnjährigen Bestehen des Centralblatts gewidmet war (Vol. X, 1894, S. 598), die Gründe auseinandergesetzt, welche es uns schon damals unmöglich machten, dem Ideal einer schnellen Berichterstattung nachzukommen, und brauche daher heute nur auf die damaligen Ausführungen zu verweisen. Die bezüglichen Schwierigkeiten haben sich seit jener Zeit in Folge der immer mehr zunehmenden Zersplitterung der laryngo-rhinologischen Arbeiten noch beträchtlich gehäuft und scheinen bei einem Blatte, das sich möglichster Vollständigkeit in seinen Referaten zu befleissigen sucht, — vorläufig wenigstens — unüberwindlich.

Aber auch diese Vollständigkeit ist keine absolute geworden, und zwar einerseits wiederum in Folge der zunehmenden Zersplitterung, die eine vollständige Controlle seitens des Herausgebers immer mehr erschwert und thatsächlich unmöglich macht, andererseits aus den Gründen, welche in dem oben citirten Leitartikel namhaft gemacht worden sind (l. c. S. 597). Immerhin glaube ich sagen zu dürfen, dass wir das Erreichbare nahezu erreicht haben. Wenn das Centralblatt seinen 25. Band abschliesst, so werden in ihm zwischen 45000 und 50000 laryngologische und rhinologische Arbeiten aus den Jahren 1884—1909 referirt worden sein. — Ohne ruhmredig zu sein, glaube ich sagen zu können, dass es wenige referirende Journale in der medicinischen Literatur geben dürfte, welche eine gleiche Vollständigkeit in dem von ihnen bebauten Gebiet erreicht haben.

Was endlich die Uebersichtlichkeit und Zuverlässigkeit unserer Berichte anbetrifft, so sind in diesen Beziehungen, denke ich, alle Versprechungen des Prospectes eingelöst worden. Gegen die Anlage des Blattes hat sich niemals Einspruch erhoben, und die Zuverlässigkeit und Objectivität unserer Referate und Kritiken ist eine solche gewesen, dass ich bei dieser Gelegenheit mit Freude und Stolz die Thatsache constatiren kann, dass seit vielen Jahren kaum je eine bezügliche Reclamation an mich gelangt ist. In den ganz vereinzelten Fällen dieser Art handelte es sich fast ausnahmslos um unbeabsichtigte Uebersehen oder in gutem Glauben begangene kleine Irrthümer; bittere Polemiken zwischen Recensenten und Autoren sind seit langen Jahren glücklicherweise ganz aus unseren Spalten verschwunden.

Was aber das Schönste ist und mich persönlich am allermeisten freut, ist, dass meine Absicht erreicht worden ist, das Centralblatt zu einem wirklich internationalen Organ zu machen! — Dass mir dies thatsächlich gelungen ist, darüber lässt die mir soeben dargebrachte herzerfreuende Ehrung keinen Zweifel in meinem Geiste. Wenn sich die grosse Mehrzahl der repräsentativen laryngologischen Gesellschaften der Welt zu dem sicherlich sehr ungewöhnlichen, wenn nicht einzigen Schritte entschliesst, den Herausgeber eines Specialjournals nicht nur zum 25jährigen Bestehen seines Blattes zu beglückwünschen, sondern ihm in den meisten ihrer Adressen, Briefe und Telegramme direkt zu sagen, dass dieses Blatt die Interessen unserer Specialität beträchtlich gefördert, die literarische Arbeitslast der Angehörigen dieser Gesellschaften beträchtlich erleichtert habe, — so ist mir dies der schönste Beweis, dass, wenn auch das Centralblatt in einer einzelnen, der deutschen, Sprache erscheint, die Laryngologen anderer Länder und anderer Sprachkreise erkannt haben, dass es niemals den Interessen eines einzelnen Landes, einer einzelnen Sprache, einer einzelnen Schule gewidmet gewesen ist, sondern sich bemüht hat, der ganzen Laryngologie zu dienen! — In diesem Sinne kann ich gar nicht sagen, wie sehr mich die Anerkennungen aus Frankreich, England, Amerika, Russland, Spanien, Ungarn, Holland, Dänemark, Schweden erfreut haben! —

---

Hätte irgend etwas mich bewegen können, meine seit lange gehegte Absicht, mich beim Abschlusse des 25. Bandes des Centralblatts aus der Praxis zurückzuziehen, zu verschieben — wahrlich diese grossartige internationale Ehrung wäre

es gewesen! — Aber selbst sie vermag nicht, die verschiedenen Gründe, welche mich zu meinem Entschlusse bewogen haben, umzustossen. Und hieraus ergiebt sich die logische Nothwendigkeit, von der Redaction des Centralblattes zurückzutreten. Denn der Herausgeber eines solchen Blattes muss mit beiden Füssen in der Arena stehen, nicht die Entwicklung der Dinge von dem conservativen Standpunkte eines alten Generals a. D. betrachten! —

Ich habe die Genugthuung zu wissen — und dies macht mir das Scheiden etwas leichter —, dass das Centralblatt auch weiterhin in dem Sinne geleitet werden wird, in welchem ich seinen Geschicken 25 Jahre lang vorgestanden habe, und welcher soeben das Glück gehabt hat, in so ausnahmsweiser Form von den Fachgenossen der meisten Culturländer gebilligt zu werden.

Im Einverständniss mit dem Verleger, meinem lieben Freunde, Herrn Albert Aber, dessen gutes Einvernehmen mit mir während des 25jährigen Bestehens des Centralblattes niemals einen Augenblick getrübt gewesen ist, habe ich unseren langjährigen Viceredacteur, Herrn Collegen G. Finder (Berlin) aufgefordert, mein Nachfolger zu werden, und er ist auf meinen Wunsch eingegangen. Ich habe Herrn Finder gewählt, nicht nur weil er mit dem Geschäftsgang des Centralblatts vertraut ist, wie kein Anderer, und weil seine ungewöhnlichen Sprachkenntnisse ihn dazu befähigen, leicht mit den Angehörigen anderer Sprachkreise zu verkehren, was für das Centralblatt eine wichtige Sache ist, und nicht nur weil ich aus eigener Erfahrung seine Tüchtigkeit, seinen Fleiss, seine Liebenswürdigkeit und seine Regelmässigkeit im Einhalten seiner Verpflichtungen kenne, sondern vor allen Dingen, weil ich überzeugt bin, dass er das Centralblatt in dem Sinne weiter leiten wird, dass es nach wie vor die Sammelstelle aller Beiträge zu unserer Fachliteratur bleibt, dass Referate und Kritiken auch weiterhin von den Berufensten und Objectivsten unter unseren Fachgenossen geliefert werden, dass das Blatt keinem Lande und keiner Partei, sondern den Interessen der ganzen Laryngologie dient, und dass es die Selbstständigkeit unserer Specialität in alter Weise weiter verficht! —

Ich bitte die Fachgenossen aller Länder, die mir soeben ihr Vertrauen in so rührender Weise kundgegeben haben, und meine lieben Mitarbeiter, meinem Nachfolger seiner Zeit mit Vertrauen entgegenzukommen und ihm seine Aufgabe nach jeder Richtung hin zu erleichtern. Ich selbst werde ihm gern, soweit er es wünscht, mit Rath und That zur Seite stehen und verzichte auch nicht darauf, gelegentlich selbst das Wort zu ergreifen, wenn wissenschaftliche oder medicinisch-politische Fragen es mir wünschenswerth machen sollten, dies zu thun.

Allen Denjenigen, die mir den Gedenktag des Beginnes unseres 25. Bandes zu einem unvergesslichen gemacht haben, noch einmal innigsten, herzlichsten Dank!

Felix Semon.

# II. Referate.

## a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Koch** (Schöneberg). **Jahresbericht des Sanatoriums Schömberg für 1907.** *Württemb. Med. Correspondenzblatt. 1908.*

Im Jahre 1907 betrug die Zahl der behandelten Kranken 397 (233 männliche und 164 weibliche). Tuberculöse Erkrankungen des Kehlkopfes wurden bei 59 Kranken (14,7 pCt.) behandelt, ausserdem kamen noch 7 Internus- und 2 Posticuslähmungen, eine postdiphtheritische und eine hysterische Stimmbandlähmung zur Beobachtung. SEIFERT.

2) **Fallas. Statistischer Bericht des otolaryngologischen Dienstes im St. Johanneshospital in Brüssel. (Relevé statistique du service d'otorhinolaryngologie de l'hôpital St. Jean de Brüssel. Dienst von Dr. V. Delsaux.)** *La Presse otolaryngol. belge. No. 3. 1908.*

Im Jahre 1907 besuchten 19632 Kranke, davon 2602 neue, die Klinik. Im Ganzen wurden 983 Operationen, grosse und kleine, vorgenommen, bald unter Cocain, bald unter Bromäthyl, bald unter Chloroform. Auf die letztere kommen 25 fürs Ohr, die Schädelsinus und das Gehirn; 10 auf die Nase, die Nasennebenhöhlen und den Nasopharynx; 4 auf den Larynx, 3 auf den Mund und 6 auf verschiedene Organe. PARMENTIER.

3) **E. J. Moure** und **A. Bouger fils. Neuro-congestive Störungen in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Des troubles neuro-congestifs en oto-rhino-laryngologie.)** *Rev. hebdomad. de laryngologie. No. 24. 13. Juni 1908.*

Unter obigem Titel verstehen Verf. eine besondere Reflexsensibilität, die zu vasomotorischen Erscheinungen führen kann; sie fassen diesen Zustand auf als eine constitutionelle Disposition des Gewebes, die nach ihnen von einer Diathese herrührt. Sie theilen diese neuro-congestiven Störungen in zwei Categorien: die einen gehen ohne trophische Störungen einher, die anderen sind von solchen begleitet. Verf. besprechen die einzelnen hierher gehörigen Affectionen und geben für sie die geeignete Therapie an. BRINDEL.

4) **Onodi. Beziehung zwischen Erkrankungen der Nase, des Nasenrachenraums und denen des Auges. (Connection between diseases of the nose and nosopharynx and those of the eye.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

O. bespricht in dieser ausführlichen Arbeit alle die krankhaften Erscheinungen am Auge, die in Folge von Nebenhöhlenaffectionen auftreten können. LEFFERTS.

5) **Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopf- und Rachensymptome bei den Erkrankungen des Herzens und der grossen Gefässe.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Nach seinen Erfahrungen kommt B. zu dem Resultat, dass von den objectiven und subjectiven Kehlkopferscheinungen auf eine bestimmte Erkrankung des Herzens oder der grossen Gefässe ein Schluss nicht gezogen werden kann. Als häufigste Veränderungen im Rachen bei Affectionen des Herzens und der grossen

Gefässe führt er an Anämie der Schleimhaut, Pharyngitis sicca (mit Neigung zu Blutungen). Die Hyperämie des harten Gaumens kommt wie die Hypertrophie der Trachea bei Herzkrankheiten häufiger vor.
SEIFERT.

6) **R. C. Young. Mundathmung. (Mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. betrachtet die Mundathmung speciell in ihren Beziehungen zu Deformationen der Kiefer.
LEFFERTS.

7) **Wm. G. Harrison. Mundathmung. (Mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Nichts Neues.
LEFFERTS.

8) **D. S. Dougthery. Mundathmung und deren schädliche Wirkungen. (Mouth-breathing with reference to its deleterious effects.)** *Pediatrics. December 1907.*

Verf. erkennt an, dass man die fehlerhafte Athmung wegen ihrer schädlichen Wirkungen nicht früh genug bekämpfen könne, wendet sich jedoch auf Grund von 100 genau beobachteten Fällen gegen die Anschauungen extremer Theoretiker, wonach es scheinen könne, als ob man in moralischer und intellectueller Hinsicht die Kinder durch die blosse Anwendung des Adenotoms bessern könne.

EMIL MAYER.

9) **G. E. Vaughan. Schnarchen, Mundathmen. (Snoring; mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Die Rhinitis hyperplastica wird als Ursache der Mundathmung bei Kindern gegenüber den adenoiden Vegetationen und der Gaumenmandelhyperplasie oft vernachlässigt. Verf. glaubt, dass alle drei Zustände auf eine Grundursache zurückzuführen seien, ohne von einander abhängig zu sein. Man solle nach Entfernung der Tonsillen und Adenoiden auch darauf achten, ob die Mundathmung wirklich verschwinde.
LEFFERTS.

10) **Vittorio Grazzi. Die Behandlung einiger Affectionen der oberen Luftwege mit den Wässern von Puzzola (Porretta). (La cura di alcune affezioni delle prime vie respiratorie colle acque della Puzzola [Porretta].)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Juni 1907.*

Verf. hat von dem Gebrauch des Schwefelwassers von Porretta, das er in dem daselbst befindlichen rhinolaryngiatrischen Cabinet in Form von Inhalationen oder Sprays gebrauchen lässt, bei chronischen Katarrhen und Chorditis nodosa, wie sie besonders bei Sängern, Rednern etc. sich häufig finden, bei Erschlaffung der Stimmbänder, chronischen Rhinitiden etc. sehr gute Erfolge gesehen, die günstige Wirkung auch an sich selbst zu erproben Gelegenheit gehabt.
FINDER.

11) **Decréquy. Ueber einige Anwendungsweisen der Elektricität in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sur quelques applications de l'électricité à l'oto-rhino-laryngologie.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. I. Januar 1908.*

Verf. berichtet über die Versuche, die er mit der Elektricität nach dem Bei-

spiel von Tommasi und Dionisio bei Ozaena, ebenso bei chronischer hyperplasirender Pharyngitis, bei Heuschnupfen und bei Larynxtuberculose gemacht hat.

BRINDEL.

12) **G. Gradenigo. Ueber die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen und des Radiums bei Affectionen der oberen Luftwege. (Sull'azione terapeutica dei raggi Roentgen e del radium nelle affezioni delle prime vie aeree.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1908.*

Verf. bespricht zuerst die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen und zwar 1. bei äusseren Erkrankungen der Nase und Lippen. Bei Ulcus rodens räth Verf. zur chirurgischen Operation und nachheriger Anwendung der Röntgenotherapie. Er empfiehlt diese bei Lupus vulgaris und erythematodes, Tuberculose der äusseren Nase, chronischem Eczem des Naseneingangs. 2. Von den Affectionen der inneren Nase, des Rachens und Kehlkopfs, bei denen Verf. die Anwendung der Röntgenstrahlen empfiehlt, seien genannt: Rhinosklerom, Leukoplakia buccalis. Während bei den Sarkomen und Carcinomen der Nasenhöhle, der Zunge und der Lippen die Röntgenstrahlen sich als unwirksam erweisen und nur insofern einen gewissen günstigen Effect haben, als sie die Geschwüre zur Reinigung bringen, den Fötor herabsetzen und analgetisch wirken, haben sie eine ausgesprochen günstige Wirkung bei den malignen Lymphomen. Wenig ermuthigend sind die Erfolge bei Larynxtuberculose und Larynxcarcinom; bei letzterem hat die chirurgische Behandlung Platz zu greifen. Verf. bespricht dann noch die für die Anwendung der Röntgenstrahlen in den oberen Luftwegen angegebenen Apparate und spricht die Hoffnung aus, dass, wenn gewisse technische Schwierigkeiten überwunden sein werden, die Resultate, speciell auch bei malignen Tumoren bessere sein werden.

Auch das Radium entfaltet seine Wirkung besonders beim Ulcus rodens, bei Lupus, kleinen Angiomen und Warzen der Haut, weniger bei Lupus und Tuberculose des Naseninneren; Besserungen werden erreicht bei Ozaena und Rhinosklerom, keine günstige Wirkung wurde erzielt bei malignen Geschwülsten der Zunge und des Larynx, wogegen solche bei Oesophaguscarcinom berichtet werden.

FINDER.

13) **L. Réthi** (Wien). **Einiges über die Schwierigkeiten der laryngoskopischen Untersuchung bei Hyperästhesie der Rachengebilde.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Es giebt eine Reihe überempfindlicher Personen, bei denen das suggestive Vorgehen ebenso wenig wie die übliche Cocainisirung ein Laryngoskopiren ermöglicht. Bisweilen hilft da die von Fournié angegebene Cocainisirung der Regio glosso-epiglottica. Bei einzelnen Fällen indess befindet sich die reflexauslösende Stelle anderswo, nämlich „am Fusse des vorderen, zuweilen des hinteren Gaumenbogens, an der Uebergangsstelle in den seitlichen Zungenrand, bezw. in die hintere Rachenwand", deren hier befindliche sensible Nerven durch Vorstrecken der Zunge gezerrt werden. Eine Bepinselung dieser Gegend mit 10proc. Cocain hebt oft den Würgreflex auf und ermöglicht jeden intralaryngealen Eingriff, obwohl vorher

die Cocainisirung aller anderen Regionen erfolglos geblieben. „Auch da muss man mitunter, wie beim Cocainisiren überhaupt, längere Zeit hindurch zuwarten, bis sich die Anästhesie einstellt.“ HECHT.

14) **H. Tilley** (London). **Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mittels Brünings'scher Instrumente. (Direct examination of the Larynx, Trachea and Oesophagus by Brünings' Instruments.)** *Lancet. London. II. p. 1359. 1908.*

Verf. erinnert an die Arbeit, die Killian auf diesem Gebiete geleistet hat und speciell an seine Demonstration vor der Brit. Medical Association, Meeting 1902. Er beschreibt dann detaillirt die Modificationen, die Brünings an dem Instrumentarium vorgenommen hat und weist an der Hand von Photographien und Zeichnungen die grosse Bedeutung der Methode nicht nur für Fälle von Fremdkörpern, sondern auch für sonstige krankhafte Zustände nach. JAMES DONELAN.

15) **Delore** und **Maire** (Lyon). **Ein Fall von Verletzung des Halses und Kehlkopfs mittels schneidenden Instruments. (Un cas de plaie du cou et du layrnx par instrument tranchant.)** *Lyon médical. 23. September 1908.*

Es handelt sich um einen Schnitt mit dem Rasirmesser, der eine weite Oeffnung in den Larynx setzte. Verff. begnügten sich damit, dass eine Naht durch die Membrana thyreoidea gelegt wurde, sorgten aber dafür, dass die Verbände steril waren und häufig erneuert wurden. Pat. genas, ohne dass bronchopneumonische Erscheinungen aufgetreten waren, das Eintreten solcher lasse sich leicht durch absolute Sterilität der Verbände vermeiden. Verf. führt vier in gleicher Weise glücklich verlaufene Fälle an. GONTIER de la ROCHE.

16) **Morestin** (Paris). **Suprahyoidale Wunde. Durchschneidung der Zungenbasis, breite Eröffnung des Pharynx; persistirende Haut-Rachenfistel. Operation. Heilung. (Plaie sus-hyoidienne; section de la base de la langue et large ouverture du pharynx; orifice pharyngo-cutané persistant; opération reparatoire; guérison.)** *Bulletin de la société de chirurgie. 12. Mai 1908.*

Es ist in solchen Fällen besser, nicht gleich zu operiren, wie es bei tiefer gelegenen Wunden indicirt ist. Das Resultat im vorliegenden Falle war ausgezeichnet. GONTIER de la ROCHE.

17) **Schoeffer. Physiologie der Thymusdrüse. (Physiologie du thymus.)** *Progrès médical. No. 39. 26. September 1908.*

Die Thymusdrüse ist nicht nur ein Organ für Leukocytenbildung; es scheint auch ein enger Zusammenhang zu bestehen zwischen ihrer Involution und der Entwicklung der Geschlechtsorgane. Sie persistirt länger bei kastrirten Thieren.

GONTIER de la ROCHE.

18) **T. Schwinn. Asthma thymicum. (Thymic asthma.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

Verf. berichtet über einen mittels Operation geheilten Fall von Asthma thymicum. Er ist der Ansicht, dass der Thymusdrüse gegenüber dieselben Indicationen zur Operation Geltung haben, wie bei der Schilddrüse; ebenso wie von dieser solle

man auch von jener ein Stück bei der Operation zurücklassen. Hyperplasie der Thymusdrüse sei eine häufigere Ursache plötzlicher Todesfälle als man gemeinhin glaube. Das beste diagnostische Hülfsmittel ist das Radiogramm, die beste Behandlung besteht in der Operation. Verf. stellt in Kürze 6 aus der Literatur gesammelte Fälle von operativ behandelter Thymushyperplasie zusammen und berichtet über einen eigenen Fall, in dem gleichzeitig der hyperplasirte linke Schilddrüsenlappen entfernt wurde. Die Resultate waren in allen Fällen gut.

LEFFERTS.

19) **Thomas J. Harris. Ein Fall von branchiogener Cyste. (A case of branchiogenetic cyst.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Bericht eines seltenen Falles, der sonst in klinischer Beziehung nichts Neues bietet.

EMIL MAYER.

20) **Carlton P. Flint. Sinus der ersten Kiemenspalte. (Sinus of first branchial cleft.)** *Annals of Surgery. August 1908.*

Gewöhnlich gehen diese Bildungen vom ersten Kiemengang aus. In vorliegendem secundären Fall war Schilddrüsengewebe vorhanden und die Höhle lag hinter und unter der oberen Portion des Sternocleidomastoideus.

EMIL MAYER.

21) **J. Duvergey. Einige Betrachtungen über einen Fall von Dermoidcyste. (Quelques considérations sur un cas de kyste dermoide.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. 17. September 1907.*

Es handelte sich um eine Cyste, die gleichzeitig subhyoidal und sublingual war. Die innere Auskleidung war hier dermischer Natur und zeigte Papillen.

BRINDEL.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **O. Polimanti. Beitrag zur Physiologie der Rhinencephalen. (Contribution à la physiologie du rhinéncephale.)** *Journ. de physiol. et de pathol générale. T. X. p. 634.*

Die theilweise oder ganze Exstirpation des Riechlappens erzeugt nur für kurze Zeit, höchstens einen Monat, den Verlust des Geruches.

J. KATZENSTEIN.

23) **W. Kolmer. Zur Kenntniss der Riechepithelien.** *Anat. Anzeiger. Bd. 30. S. 513.*

Verf. studirte die Riechepithelien von Knochenfischen mittels der Cajal'schen Silberimprägnationsmethode. Die Riechnervenfasern biegen in der Submucosa rechtwinklig um, gehen dann ins Epithel und haben im Bindegewebe reichliche Plexusbildung. Im basalen Theil der Zellen trennen sich die Fasern und umziehen den Kern in Fibrillenzügen. In der Nähe des Kerns ist stets ein dicker Ring aus sehr feinen, dicht aneinandergelagerten Fibrillen zu bemerken, der gewöhnlich mit den Riechnervenfasern zusammenhängt.

J. KATZENSTEIN.



24) **H. Zwaardemaker. Ueber die Absorption vom Muscongeruch auf Oberflächen von verschiedenem Material. (On the adsorption of the smell of muscon by surfaces of different material.)** *Onderzoekingen in het physiol. labor. Utrecht. 5. Reihe. VIII.*

25) **H. Zwaardemaker. Ueber die Qualitäten des Geruchsinnes.** *Ibid.*

26) **J. van der Hoeven Leonhard. Ueber ein abweichendes Geruchssystem.** *Ibidem.*

27) **H. Zwaardemaker. Ueber Geruchsverwandtschaften. (Over geurverwantschappen.)** *Verh. Kon. Arch. v. Wetensch. Amst. 1907.*

Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie des Geruches.

H. BURGER.

28) **Plass** (Hamburg). **Bulbärsymptome und Anosmie bei Syringomyelie.** *Diss. Würzburg 1907.*

Bei einem 41jähr. Manne mit den übrigen Erscheinungen der Syringomyelie wurde eine hemilaterale Anästhesie des Trigeminus, verbunden mit vollkommener Hemiageusie und Hemianosmie constatirt.

SEIFERT.

29) **Thomas J. Harris. Ein Fall von Hyperosmie. (A case of Hyperosmia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. diagnosticirte eine Anosmie als secundäre Erscheinung nach Störungen im Gastrointestinaltract. Unter localer Anwendung von 25proc. Argyrollösung, combinirt mit dem Gebrauch des galvanischen Stromes trat eine Besserung des Zustandes ein.

EMIL MAYER.

30) **Harry Kahn. Subjective Geruchsempfindungen und deren Bedeutung. (Subjective sensations of smell and their significance.)** *Journal of Ophthalmology, Otology and Laryngology. April 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass Parosmie in allen Fällen auf einen bestimmten pathologischen Zustand und zwar in einer grossen Anzahl auf Nebenhöhleneiterung zurückzuführen sei; meist handele es sich um Highmorshöhlenempyem.

EMIL MAYER.

31) **Kobrak** (Berlin). **Ueber subjective Kakosmie.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Mittheilung von zwei Fällen, in welchen es sich um rein nervöse migränoide Form der Kakosmie handelte. K. stellt sich solche Parosmien vor mitbedingt durch Gefässkrämpfe im Riechcentrum. Beide Personen litten an ausgesprochener Gefässneurose. Therapie besteht im Wesentlichen in psychischer Beeinflussung.

SEIFERT.

32) **Lennhoff** (Berlin). **Ueber subjective Kakosmie.** *Med. Klinik. 30. 1908.*

Bei Klagen über Kakosmie soll erst festgestellt werden, ob es sich um subjective oder objective Kakosmie handelt, und wenn die erstere Form diagnosticirt ist, möge man den Grad des Riechvermögens untersuchen, um Hyperosmie auszuschliessen. Liegt solche vor, dürfte es sich um allgemeine Nervosität handeln, die mit Nervinis behandelt werden muss. Anderenfalls wird nach der Quelle der sub-

jectiven Kakosmie zu fahnden sein, Nebenhöhlenerkrankungen, Veränderungen im Schlundring genau berücksichtigt werden müssen. SEIFERT.

33) **Grossmann** (Wien). **Beitrag zur Lehre von den reflectorischen vasomotorischen Störungen nasalen Ursprungs.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach seinen Versuchsergebnissen fand G. die Angaben François Franck's, dass sich der Arteriendruck in einzelnen Gefässbezirken auf Nasenreizung verschieden verhalte, nicht bestätigt: er constatirte vielmehr, dass bei Nasenreizung der arterielle Druck constant und ausnahmslos in allen Gefässverzweigungen steigt.

HANSZEL.

34) **v. Lenárt. Ueber Kopfschmerzen nasalen Ursprungs.** *„Gégészet", Beiheft zu Budapesti Orvosi Ujság. No. 14. 1908.*

Uebersicht über die bekannten Thatsachen zum Gebrauch für den praktischen Arzt. v. NAVRATIL.

35) **S. von Stein. Fall von langsamer Athmung nasalen Ursprungs. (Slutschai medlenawo dichanja nesowewe preischechdenija.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. 1907.*

Die 11jährige Patientin athmet in der Minute etwa 5 Mal. Während einer Erregung tritt zunächst Beschleunigung und hernach vollständiges Cessiren der Athmung ein. Nach Beseitigung der Muschelhypertrophien völlige Heilung.

P. HELLAT.

36) **Réthi** (Wien). **Etwas über nasale Reflexneurosen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Reine nasale Reflexneurosen sind selten. Am häufigsten werden Neuralgien, Asthma und Reflexhusten beobachtet. Auch normal aussehende Schleimhautpartien können reflektorisch Erscheinungen auslösen und durch oberflächliche Aetzungen dieser Stellen ist man im Stande, mitunter die Hyper- oder Parästhesien zu beheben. HANSZEL.

37) **Wme. N. Robertson** (Bristol.) **Behandlung des Asthma. (Treatment of asthma.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Mai 1908.*

In einer Discussion über dieses Thema betont R., dass Beseitigungen von Septumverbiegungen oft einen grossen Erfolg haben.

Gibson glaubt nicht, dass eine „nasale Neurose" jemals in einer gesunden Nase die Ursache des Asthmas darstelle. Er behauptet, niemals Asthma mit einer normalen Nase gesehen zu haben. A. J. BRADY.

38) **L. Detre** (Budapest). **Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre. (A szénaláz az immunitástan világitásában.)** *Budapesti orvosi ujság. 1908. Beilage Közegészégtani stb. szemle. No. 2.*

Dunbar's Ansichten und die Anwendung des Pollantin werden auf theoretischer Grundlage vertheidigt. v. NAVRATIL-POLYAK.

39) **Berliner** (Breslau). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 13. 1906.*

Verf. konnte in mehreren Fällen, auch solchen, bei denen das Dunbar'sche Pollantin versagt hatte, durch Application des constanten Stromes (5 Milliampères) auf die Nasenschleimhaut die Heufiebersymptome beseitigen oder wesentlich vermindern. Er empfiehlt diese Methode zur Nachprüfung. ZARNIKO.

40) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Heufiebertherapie. (Hooikoorts-therapie.)** *Med. Weekbl. 8. Juni 1907.*

Ueberblick über den jetzigen Stand der Heufieberbehandlung. H. BURGER.

41) **Heymann** (Berlin). **Zur Lehre vom Heufieber.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. 1907.*

Der Autor untersuchte 120 Fälle von Heufieber. In keinem Fall liessen sich in der Nase besondere Veränderungen nachweisen, die als charakteristisch für Heufieber gelten könnten. Dagegen scheinen die Beschwerden bei engen Nasen stärker zu sein. Eingriffe, die bei engen Nasen die Durchgängigkeit erhöhen, mildern die Heufiebererscheinungen. Die Operationen sollen aber nur in der heufieberfreien Zeit vorgenommen werden.

Verf. rät zu einem Versuch mit Schilddrüsenpräparaten, da er bei 19 Fällen der Anwendung positive Resultate, bestehend in Besserung resp. milderem Auftreten des Heufiebers, gesehen hat. ALBANUS (ZARNIKO).

42) **Weichardt** (Erlangen). **Zur Heufieberfrage.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1907.*

Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Es war Pflicht der experimentell therapeutischen Forschung, hervorzuheben, dass die Heufiebersera nicht rein antitoxisch sind, wie z. B. das Diphtherieheilserum.

2. Bei completirenden Fällen ist das durch Injection von Pollen gewonnene Heufieberserum contraindicirt.

3. Je mehr letzteres Serum in Zukunft gebraucht werden sollte, um so gehäufter dürften Patienten zur Beobachtung kommen, die im Anfang durch dieses Serum günstig beeinflusst werden, später aber dasselbe completiren.

4. Heufieberserum, aus dem Blute unvorbehandelter Pflanzenfresser gewonnen, completirt nicht.

5. Es ist Pflicht aller derjenigen, denen die Klärung der Heufieberfrage obliegt, das Vorkommen der completirenden Fälle zu berücksichtigen und sie in der Statistik mit einzureihen. ALBANUS (ZARNIKO).

43) **E. S. Yonge** (Manchester). **Die Behandlung von hartnäckigem Heufieber mit Schnupfenparoxysmen durch Resection des Nasennerven. (The treatment of intractable hay-fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.)** *Lancet. London 1908. Vol. I. p. 1608.*

Eine interessante vorläufige Mittheilung über diese neue Methode, die auf der Theorie beruht, dass der Nasennerv den Zuleitungsweg nicht nur für den Niess-

reflex, sondern auch für die anderen normalen Reflexe darstellt. Verf. bespricht die Vertheilung und die Function der Nerven, die Wirkungen der Cauterisation der Nasenschleimhaut und diejenigen der beiderseitigen Durchtrennung des Nerven. Was die letztere anbetrifft, so constatirt Verf., dass, wo er die beiderseitige Operation vorgenommen hat, „die Symptome vollständig und bis heute andauernd verschwunden sind". In seinem ersten Fall hatte Verf. nur den rechtsseitigen Nerven durchschnitten und die Symptome — intermittirende Nasenverstopfung und profuse Hypersecretion mit Heufieber und Asthma — verschwanden nur auf dieser Seite, bestanden aber auf der anderen Seite fort, bis die Resection auch des linken Nerven völlige Heilung brachte. Die Incision geht vorn grade oberhalb des inneren Augenmuskels nach oben und aussen längs des inneren Orbitalrandes ungefähr 17 mm lang. Das Gewebe wird mit einem stumpfen Raspatorium bei Seite geschoben und der Nerv im Foramen ethmoidale anterius freigelegt.

JAMES DONELAN.

44) **James E. Newcomb. Hämatom des Septums und Abscess. (Septal hematoma and abscess.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1908.*

Bei einfachem Hämatom können kalte Umschläge auf die Nase gemacht werden; erscheint der Inhalt flüssig, so kann durch Druck mittels Röhren oder Tampons eine Resorption angestrebt werden. Seröse Cysten sollen eröffnet und ausgekratzt werden. Bei Abscessbildung wird, je früher und ausgiebiger incidirt wird, um so weniger leicht Zerstörung des Knorpels und Deformation eintreten. Bisweilen ist die Drainage sehr schwierig. Die Abscesshöhle soll fleissig mit Wasserstoffsuperoxydlösung ausgewaschen und dann mit einem alkalischen Antisepticum nachgespült, aber nicht tamponirt werden.

LEFFERTS.

45) **M. C. Richardson** (Washington). **Perforation der Nasenscheidewand. (Perforation de la cleisen nasale.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 4. 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die einfache Septumperforation oft die Folge einer allgemeinen Ernährungsstörung ist, wie sie z. B. durch Typhus, besonders aber durch Tuberculose bedingt sein kann.

BRINDEL.

46) **Burton Haseltine. Eine plastische Operation zum Verschluss der Septumperforationen. (A plastic operation for the closure of septal perforations.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Genaue Beschreibung der Operation, in Bezug auf deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

EMIL MAYER.

47) **P. J. Mink** (Deventer, Holland). **Zum Entstehungsmodus der Septumdeviationen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 315. 1907.*

Verf. bespricht die herrschenden Theorien über die Entstehung der Septumdeviationen und kommt zu dem Resultate, dass keine der vorhandenen Hypothesen eine befriedigende und für alle Fälle ausreichende genannt werden kann. Mit der vorliegenden Arbeit sucht er zur Erzeugung experimenteller Deviationen anzuregen. Auf diesem Wege ist Ziem bereits vorangegangen, indem er bei jungen Thieren ein Nasenloch vernähte. Ziem hat dabei Asymmetrien im Skelett der Nase entstehen

sehen; aber das genügt noch nicht, Schritt für Schritt müsse man histologisch die Veränderungen anzuzeigen suchen, wie sie durch dieses Experiment hervorgebracht werden. — Verf. hält ferner manometrische Untersuchungen im Naseninnern auch für die Pathologie der Nase für eine dankbare Aufgabe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **Rueda** (Madrid). **Submucöse Resection der Scheidewand. (Reseccion submucosa del tabique.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I. u. II.*

Verf. lässt folgende Indicationen für die Operation zu: 1. Wenn die Deviation eine Stenose bedingt, durch die es zu einer anormalen Function der Athmung kommt. 2. Wenn man mittels der Operation eine bestehende äussere Deformität der Nase glaubt beseitigen zu können. Für alle anderen Fälle verwirft Verf. die Operation.

TAPIA.

49) **Lee Maidment Hurd. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. Einige Bemerkungen auf Grund von 75 Fällen. (The submucous resection of the nasal septum. Some remarks based on seventy-five cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Es wurden dreimal Perforationen gemacht, ohne dass diese übrigens den Patienten die geringsten Beschwerden machten. Bei einem 14jährigen Mädchen verschwand ein Morbus Basedowii nach der submucösen Resection. Bei einer 34jährigen Frau, die atrophische Rhinitis mit Bildung von Borken auf der concaven Seite zeigte, verschwand dieser Zustand.

EMIL MAYER.

50) **Gustav Killian. Submucöse perineurale Injectionen anästhesirender Lösungen in die Nase. (Submucous perineural injections of anesthetics solutions in the nose.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Die Angaben über die perineuralen Injectionen zur submucösen Resection decken sich mit den vom Verf. in einer in deutscher Sprache erschienenen Arbeit des Verf. (Beitr. zur Anatomie etc. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfs. Bd. I. S. 183. 1908. Refr. Centralbl. Bd. XXIV. S. 401).

Für Operationen an der unteren Muschel empfiehlt Verf. mehr das Bepinseln mit der Lösung, erstens weil das hintere Ende schwer zu erreichen ist und zweitens weil toxische Erscheinungen leicht auftreten können, auch wenn nur wenige Tropfen der Lösung in die untere Muschel eingespritzt werden. Pulsfrequenz, Steigerung des Blutdrucks und in einigen Fällen secundäre Blutungen wurden danach beobachtet.

Die Schleimhaut der Oberkieferhöhle hat K. anästhesiren können durch submucöse Injectionen im Bereich des mittleren Nasenganges. Die Vornahme der Radicaloperation des Oberkieferhöhlenempyems ist dadurch erheblich erleichtert. Diese Methode ist, wenn man es mit verständigen Personen zu thun hat, der Allgemeinnarkose entschieden vorzuziehen.

EMIL MAYER.

51) **Bryan De Forst Sheedy. Deviationen und Deformationen der Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der auf submucöse Resectionen möglicherweise folgenden Resultate. (Deviations and deformities of the nasal septum with special reference to possible results following the submucous operation.)** *International Journal of Surgery. December 1907.*

In drei Fällen erfolgte nach der Operation Einsinken des Nasenrückens. In zwei dieser Fälle führt Verf. dies auf mangelhafte Technik zurück — sie waren nicht von ihm selbt operirt — im dritten von ihm selbst operirten Fall kann er keinen Grund für das Vorkommnis angeben. EMIL MAYER.

52) **Kretschmann** (Magdeburg). **Zur operativen Behandlung der Nasenscheidewanddeformitäten.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Ausführliche Besprechung des auf der Otologenversammlung in Heidelberg 1908 abgekürzten Vortrages. Nach eingehender Erörterung der einschlägigen Literatur über die oralen Methoden zur Freilegung und operativen Inangriffnahme des Cavum nasi beschreibt K. eingehend seine Methode und erörtert die Vorzüge der oralen Methode gegenüber der nasalen, sowie die nach seiner Meinung zweckmässigere Verwendung der Allgemeinnarkose bei diesen Eingriffen statt der localen oder regionären Anästhesie. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

53) **Brünings** (Freiburg i. Br.). **„Orale" oder „nasale" Resection der Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Polemik gegen Kretschmann, dessen orale Resectionsmethode als unzweckmässig und der nasalen bedeutend unterlegen bezeichnet wird. In 3 Abschnitten, die sich mit der Anästhesie, Operationstechnik und Nachbehandlung beschäftigen, weist B. die Vorzüge der Killian'schen submucösen Septumresection nach, und giebt noch einige technische Winke. Die Ausführungen des Autors ergeben, dass die von manchen Seiten gegen die Killian'sche Methode erhobenen Bedenken einer kritischen Beurteilung nicht Stand halten, dass aber die im Verlaufe der Kretschmann'schen oralen Methode auftretenden Nachtheile derartig seien, dass man vor dieser Methode warnen müsse. HECHT.

54) **Réthi. Nochmals zur Indicationsstellung der Naseuscheidewandoperationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 437. 1908.*

Wie bereits am 1. internat. laryng.-rhin. Congress in Wien 1908, so warnt R. auch hier wieder davor, die submucöse Resection unnütz bei nur unbedeutenden Septumdeviationen auszuführen. OPPIKOFER.

55) **M. Halle** (Berlin). **Die submucöse Septumoperation.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 315. 1908.*

H. hat im Verlauf der letzten 5 Jahre über 500 submucöse Operationen des Septums vorgenommen.

Wir möchten aus der Arbeit folgende Punkte hervorheben: H. zieht vor, das Cocain einzureiben und nicht zu injiciren; injicirt wird nur vorne an der Schnitt-





stelle. Den Schleimhautschnitt führt er in einer nach hinten concaven Linie. Bei Subluxatio septi nimmt H. nicht wie Hajek und seine Schüler den ganzen vorderen knorpeligen Theil des Septums weg, sondern hält es für vorsichtiger, eine kleine Knorpelbrücke als stützenden Pfeiler nach eigener Methode stehen zu lassen. Um bei ausgedehnten Resectionen das nach der Operation für den Patienten manchmal sehr lästige Flattern der Septumschleimhaut zu verhindern, wurden bei ca. 150 Fällen resecirte Knorpel- und Knochenstücke wieder zwischen die Schleimhautblätter eingelegt und regelmässig ein Einwachsen des Knorpels und Knochens beobachtet. Um die inplantirten Knorpel festzuhalten und um überhaupt eine raschere Heilung zu erzielen, ist das Anlegen der Schleimhautnaht empfehlenswerth. Ein gleichzeitiges Entfernen von Muschelhypertrophien ist häufig nothwendig. Die Tamponade mit in 15proc. Gelatinelösung getränkten Gazestreifen wird regelmässig ausgeführt und 3 Tage liegen gelassen.

Bei syphilitischem Septumulcus sucht H. eine Perforation dadurch zu vermeiden, dass er neben der allgemeinen Behandlung den gefährdeten Knorpel submucös resecirt (6 Fälle).

Diese letztere Indication zur Septumresection halten wir für nicht gerechtfertigt.

OPPIKOFER.

56) **Sargnon** (Lyon). **Ein Fall von submucöser Resection des Septums beim Kinde. (Un cas de résection sous-muqueuse de la cloison chez l'enfant.)** *Société des sciences médicales de Lyon. Bullet. Lyon médical. 29. October 1908.*

Verf. hat die Operation bei kleinen Kindern, von denen eins nicht drei Jahre alt war, mit Erfolg ausgeführt. Er empfiehlt jedoch, von dem Knorpel nur den dritten Theil fortzunehmen und dann ein Drain, das von mit Vaseline bestrichener Gaze umhüllt ist, einzulegen. Das anatomische Resultat ist ohne Zweifel nicht vollkommen, das functionelle Resultat jedoch ist genügend.

GONTIER de la ROCHE.

57) **Frederick E. Neres** und **Daniel S. Neuman. Submucöses Speculum. (Submucous blade speculum.)** *Journal of the Medical American Association. 1908.*

Die für dieses Speculum angeführten Vortheile sind: Es kürzt die Operationsdauer ab, schützt die Schleimhaut; es ist von kleiner Form und leicht an Gewicht; es hat auswechselbare Branchen, die in verschiedenen Winkeln befestigt werden können.

EMIL MAYER.

58) **George L. Richards. Technik der Operation zur Entfernung der mittleren Muschel. (Technic of the operation for removal of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Juli 1907.*

Verf. benutzt nur eine feste Scheere mit kleinen Branchen und eine Drahtschlinge. Um Nachblutungen vorzubeugen, betupft er nach der Operation jeden Punkt der Schnittfläche mit einer 12proc. Lösung von Alum. acetico-tartaricum. Dann pudert er darauf ein Pulver, bestehend aus einem Viertel gepulverten Nebennierenextract und drei Vierteln Aristol, und bedeckt es schliesslich mit einem Wattetampon, der mit folgendermaassen zusammengesetzter Salbe bestrichen ist:

Rp. Bismuth. subnitr.
Aristol ana 6,0
Unguent. zinci oxydat.
Petrolati ana 30,0.

Dieser Tampon, der nur den Rest der mittleren und nicht auch die untere Muschel bedecken soll, bleibt 1—2 Tage liegen. Blutung bei der Entfernung des Tampons ist sehr selten.

EMIL MAYER.

59) **Sidney Yankauer** (New-York). **Die Intranasalnaht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 1. 1907.*

Die Erfolge des Verf. mit der Intranasalnaht waren so gleichmässig gute, dass er für sie einen unbestrittenen Platz in der operativen Rhinologie fordert. Dem neuen Verfahren muss schon bei der Operation Rechnung getragen werden, damit die aneinander gebrachten Ränder gut passen. Angewendet wird die Naht bei der Turbinorrhaphia inferior et media, bei Synechien und den plastischen Operationen für Septumperforationen. Die Technik dieser Operationen wird vom Verf. näher beschrieben, ebenso wie die dazu nöthigen Instrumente, die gleichzeitig abgebildet werden. Von solchen sind hervorzuheben: Nadeln, gerade oder gebogene, von verschiedener Länge und Grösse, Haken zum Fassen des Fadens nach seiner Durchführung durch die Schleimhaut, Knotenschliesser, Gabelzange und Nähmaterial, das meist aus Catgut (Dicke No. 0 [0,3 mm]) besteht. Diese Instrumente, sowie ein Phantom zum Zwecke der Uebung im Gebrauch der Instrumente und zur Knüpfung des Knotens stellt die Firma George Tiemann u. Co., New-York, her.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

60) **Katzenstein** (Wiesbaden). **Zangenförmiges, gefenstertes Nasenspeculum mit Feststellverrichtung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Die gefensterten Branchen des Nasenspeculums sollen eine gute Beleuchtung der Nase, eine unbehinderte Uebersicht und freies Operationsfeld gewährleisten.

ALBANUS (ZARNIKO).

## c. Mundrachenhöhle.

61) **H. Fuchs.** **Untersuchungen über Ontogenie und Phylogenie der Gaumenbildungen bei den Wirbelthieren.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. 11. S. 153.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

62) **H. Halász** (Miskolcz). **Seltener Fall von Speichelsteinbildung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 351. 1908.*

Der $1\frac{1}{2}$ cm lange und $\frac{1}{2}$ cm breite Speichelstein von graugelber Farbe und höckeriger Oberfläche fand sich bei einem 50jähr. Mann in der sublingualen Drüse. Der Stein hatte plötzlich zu eitriger Entzündung geführt und wurde dann im Anschluss an eine Incision ausgestossen.

OPPIKOFER.

63) **Richard R. Johnston. Abscess des Ductus Whartonianus; acute Ranula. (Abscess of Wharthons duct; acute Ranula.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Es handelte sich um eine 44jährige Frau. Beim Hochheben der Zunge sah man eine weiche, rundliche Masse, die sich als Eingang des Ductus Whartonianus erwies. Es handelte sich zweifellos um einen Abscess des Ductus, und es wurde gefolgert, dass ein Stein im Ductus sässe. Die Incision ergab in der That einen von Eiter umgebenen Stein.

EMIL MAYER.

64) **P. Hellat** (St. Petersburg). **Verlust der Speicheloxydase als Krankheitsursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 194. 1907.*

Verf. stellt ein Krankheitsbild auf, als dessen Ursache er den Verlust der Speicheloxydase ansieht. Die Symptome dieser Krankheit sind, nach der Häufigkeit in 104 Fällen geordnet, folgende: Ueber Husten klagten 29, Trockenheit und Schmerzen im Halse 16, Verletztsein der Nase, Athembeschwerden, Gehörstörungen, Dyspepsien, Stück im Halse, Schluckbeschwerden, Brennen, Kopfschmerzen, schlechten Geruch und Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Sitophobien, Schmerzen der Zunge. Bei manchen Fällen treten locale oder Allgemeinerscheinungen auf, die in gewissen Fällen bis zu psychischer Störung sich steigern können. Erstickungsanfälle, Athembeklemmungen, Unruhe, Angstgefühle, fixe Ideen, Kopfschmerzen sind durchaus keine seltenen Vorkommnisse. Zu den für die Deutung des Wesens der vorliegenden Anomalie werthvollsten Allgemeinerscheinungen sind Fieberbewegungen zu zählen, über welche nicht selten geklagt wird. Verf. führt einen in dieser Beziehung sehr lehrreichen Fall an, wo das Fieber bei Nachlassen des Speiens allmählich nachliess, nach längerer Zeit aber, als das Speien wieder auftrat, wiederkehrte. Auch die übrigen Krankheitssymptome schwinden gleichzeitig mit dem Aufhören des Speiens. Das Wesen der Krankheit kann nicht in dem Materialverlust als solchem liegen, da der Speichel hauptsächlich aus Wasser besteht und nur 0,2 pCt. organische Substanzen enthält; auch das Speichelsecret als Hülfsferment für die Verdauung (Ptyalin) kann nicht in Betracht kommen, da beim Kauen und Schlucken der Speichel ungestört secernirt und dem Bissen zuführt wird.

Verf. sieht in dem Verlust der von Slowzow in der Parotis entdeckten „Oxydase", eines oxydirenden Ferments mit der Fähigkeit, die Nahrungsstoffe zu oxydiren, die Krankheitsursache. Die Erscheinungen sind als Autointoxication aufzufassen. Die Frage, wie der wachsende kindliche Organismus, bei dem die Speichelbildung verringert ist, mit einem Minimum des Secrets bei seinen höchst lebhaften Oxydations- und Reductionsvorgängen zurecht kommen kann, wird dahin beantwortet, dass neben der Parotis die Milchdrüsen dieselbe Oxydase bereiten und mit der Milch ausscheiden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

65) **Isabella C. Herb. Experimentelle Parotitis. (Experimental Parotitis.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

In einem Fall von Mumps wurde ein Diplococcus isolirt, der in seinen wesentlichen Merkmalen dem von Laveran und Catins, Macray und Walch

bei dieser Erkrankung gefundenen Mikroorganismus glich. Inoculationen von Aufschwemmungen dieses Diplococcus in den Duct. Stenonianus von Affen und Hunden wurden von einer acuten gleichmässigen Vergrösserung der Parotis gefolgt, die von leichtem Fieber begleitet war. Beim Hunde ist diese Schwellung das Ergebniss einer aus mononucleären Zellen bestehenden Infiltration, gleichzeitig sind die mononucleären Zellen im Blut vermehrt, der opsonische Index in Bezug auf jenen Diplococcus gesteigert. EMIL MAYER.

66) **W. E. Parke. Eitrige Parotitis nach Bauchoperation. (Suppurative parotitis following abdominal operation.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1908.*

Die Eiterung trat auf, ohne dass ein septischer Herd oder locale Anzeichen von Infectionen von der Operationswunde aus vorlagen. EMIL MAYER.

67) **J. L. Goodale. Die Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen. (The examination of the throat in chronic systemic infections.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. bespricht die Beziehungen zwischen Gelenkrheumatismus und Pharynxaffectionen, er hat bei einer grossen Zahl von Patienten, die an infectiöser Arthritis litten, Tonsillaraffectionen gefunden, die sich besonders als Retention von Detritus in den Lacunen mit oder ohne Hyperplasie charakterisiren. Verf. räth, da tiefsitzende Detritusansammlungen der Untersuchung entgehen können, in allen Fällen, wo andere Infectionsquellen nicht auffindbar sind, die Tonsillen möglichst gründlich zu entfernen. EMIL MAYER.

68) **Chiaio** (Evian). **Pseudopharyngitis des Cavum. (Pseudopharyngite du cavum.)** *Journal des Practiciens. No. 37. 12. September 1908.*

Die Symptome sollten bedingt sein dadurch, dass lymphoides Gewebe an der Stelle, wo der untere und äussere Choanalrand zusammenstossen, angehäuft ist und sich auf das Gaumensegel ausbreitet. Die Untersuchung des Cavum ergiebt nichts Besonderes. Behandlung durch Galvanocaustik. GONTIER de la ROCHE.

69) **John North. Purulenter, hyperplastischer und atrophischer Katarrh, verschiedene Stadien desselben Processes. (Purulent, hyperplastic and atrophic catarrh, different stages of one and the same disease or condition.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

70) **Martinet** (Paris). **Pharyngeale Störungen dyspeptischen Ursprungs. (Troubles pharyngés d'originé dyspeptique.)** *Presse médicale. 20. November 1907. N. Y. Medical Journal. 14. December 1907.*

Dyspeptiker, besonders diejenigen, deren Dyspepsie sich in spät nach der Mahlzeit auftretenden Schmerzen charakterisirt, sind subjectiven Symptomen Seitens des Pharynx unterworfen (vage Schmerzempfindungen, die bisweilen durch die Deglutition verringert werden; letztere ist nie schmerzhaft). Verf. betrachtet diese Störungen als neuropathischen Ursprungs; sie weichen gewöhnlich einer auf die Magenaffection gerichteten Behandlung. GONTIER de la ROCHE.



71) **M. Letulle** (Paris). **Sporotrichose der Mund-Rachenschleimhaut. (Sporotrichosis of the buccopharyngeal mucous membrane.)** *Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 28. Februar 1908. Académie de Médecine. 3. März 1908. Presse médicale. 18. März 1908. N. Y. Medical Journal. 11. April 1908.*

Verf. stellt die charakteristischen Merkmale der Schleimhautsporotrichose auf: Klinisch giebt es keine eigentlichen Ulcerationen, man kann sagen, die Schleimhaut sei bedeckt mit einem Ueberzug wie von Papiermaché oder Brodkrume. Dieser Ueberzug ist nicht mit den Pseudomembranen zu vergleichen; er ist eins mit der Schleimhaut. Diese Infiltration hat die Tendenz, sich allmählich auszubreiten und oft beträchtliche Flächen einzunehmen. Aber, was ein wichtiges Charakteristicum ist, er verändert die anatomische Configuration der befallenen Theile nicht, die weich bleiben können. Schliesslich besteht keine Halsdrüsenschwellung. Entnahme von der Oberfläche der erkrankten Theile ergiebt die Anwesenheit der charakteristischen Elemente, bisweilen auch Fragmente von Mycelium. Culturverfahren auf geeignetem Nährboden ergiebt reichliches Wachsthum und zeigt Mycelienfäden mit runden sporotrichotischen Elementen.

In pathologisch-anatomischer Beziehung charakterisirt sich die Affection durch eine enorme Leukocyteninfiltration, ausgesprochene gleichzeitige Hyperämie, Anwesenheit von Riesenzellen, die in grosser Anzahl in dem erkrankten Gewebe verstreut sind. Ein charakteristisches Merkmal ist das Fehlen jeder Verkäsung. Die Affection hat gutartigen Charakter. Sie kann übrigens mit anderen Allgemeinerkrankungen, z. B. Syphilis oder Tuberculose gleichzeitig bestehen.

Verf. hat eine Patientin in Beobachtung gehabt, die wegen multipler gummöser Hautgeschwülste, deren Ursprung als sporotrichotisch erkannt wurde, in das Hospital aufgenommen wurde. Es bestanden gleichzeitig pharyngo-laryngeale Geschwüre und Cavernenbildung in der rechten Lunge. Tuberkelbacillen fanden sich nicht im Auswurf.

Die Autopsie ergab, dass es sich in der Lunge um reine Tuberculose handelte; im Kehlkopf waren Tuberculose und Sporotrichose combinirt; im Pharynx handelte es sich um Sporotrichose allein.

GONTIER de la ROCHE.

72) **A. Ostermann** (Breslau). **Die Meningokokkenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Systematische Untersuchungen des Nasenrachenschleims von Mitgliedern solcher Familien, in denen Kinder an Genickstarre erkrankt waren, bestätigten dem Verf. die Richtigkeit der Behauptung seines Lehrers Flügge, dass nicht so sehr die an Genickstarre Erkrankten selbst, dass vielmehr die mit diesen in nahe Berührung kommenden, mit Meningokokkenpharyngitis behafteten Personen zur Weiterverbreitung der Genickstarre das Meiste beitrügen. Die Meningokokken seien bei diesen Personen sehr reichlich und lange Zeit hindurch vorhanden und würden von ihnen durch Contact oder verspritzte Tröpfchen auf andere Gesunde verbreitet. — Von der grossen Menge der Pharyngitiskranken erkrankten immer nur einzelne, in besonderer Weise dafür Disponirte an Meningitis. — Vorschläge, wie auf Grund dieser Erkenntnisse am zweckmässigsten einer Weiterverbreitung der Genickstarre gesteuert werden könne.

ZARNIKO.

73) **Hanszel. Zur Diagnose der acuten lymphoiden Leukämie im Rachen.** (Aus dem rhino-laryngol. Ambulat. des Kronprinz Rudolf-Kinderhosp. in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. intern. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die acute grosszellige, lymphoide Leukämie trat in dem beschriebenen Falle unter dem Bilde eines torpiden Ulcus an einer nicht hypertrophischen Tonsille ohne locale Reactionserscheinungen mit hohem Fieber auf, und es stellten sich erst mehrere Tage hernach weitere Leukämiesymptome ein.

In diagnostischer Hinsicht ist das Fehlen von Reactionserscheinungen um das Ulcus sowie eine frühzeitige Blutuntersuchung wichtig. AUTOREFERAT.

74) **Ludwig. Vorzüge des Perhydrols und des Perhydrolmundwassers.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1908.*

Perhydrol ist ein ausgezeichnetes Mittel bei allen Erkrankungen der Mundhöhle, die auf infectiöser Basis beruhen, besonders bei der Alveolar-Pyorrhoe leistet das Mittel ausgezeichnete Dienste. Perhydrolmundwasser wird auch als Prophylacticum gegen verschiedene Infectionskrankheiten zu gebrauchen sein.

SEIFERT.

## d. Diphtherie und Croup.

75) **F. Crooksband. Eine Bemerkung über die Behandlung der Diphtherie. (A note on the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 25. April 1908.*

In schweren Fällen von Diphtherie mit Erbrechen und Herzschwäche injicirt Verf. subcutan 0,005 g Adrenalin. hydrochlor. und 0,01 g Strychn. sulf., wenn nöthig alle 2 Stunden. ADOLPH BRONNER.

76) **C. B. Kerr. Ameisensäure als Tonicum nach Diphtherie. (Formic acid as a tonic after diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1908.*

Verf. giebt alle 4 Stunden ein paar Tropfen einer 25proc. Lösung.

LEFFERTS.

77) **P. Grimiaux. Die Behandlung der Diphtherie mit hohen Dosen von Diphtherieserum. (Le traitement de la diphtérie par les injections à doses massives de sérum antidiphtérique.)** *Dissert. Lille 1907.*

G. glaubt, dass mit Nutzen und ohne Schaden das Diphtherieserum in noch stärkerer Dosis eingespritzt werden dürfe, als gewöhnlich in den Lehrbüchern empfohlen wird. OPPIKOFER.

78) **A. C. Mc Clanahan. Grosse Antitoxindosen bei Diphtherie. (Large doses of antitoxin in diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 12. September 1908.*

Verf. hat in einem Fall im Laufe von 5 Tagen 75000 I. E. injicirt. Es war keine Wirkung zu verzeichnen bis zur Injection der letzten 6000 I. E. Das Antitoxin war frisch und stammte aus den renommirtesten beiden amerikanischen Laboratorien. EMIL MAYER.



79) **Fielding L. Taylor. Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Collapse after injection of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

Bei dem Patienten — einem 30jährigen Mann — wurden 6000 I.-E. angewandt. Zehn Minuten später klagte er über Absterben der Extremitäten; das Taubheitsgefühl verbreitete sich bald über die ganze Haut. Er wurde leichenblass, dann cyanotisch, der Puls wurde schwach und frequent; plötzlich sistirte die Athmung ganz, Pat. wurde bewusstlos, es trat Rasseln auf der Brust auf, kalter Schweiss brach aus und Pat. machte den Eindruck eines Sterbenden. Künstliche Athmung, Injection von Strychnin und Atropin brachten ihn allmählich zu sich; er blieb aber noch $1^1/_2$ Stunden cyanotisch, während welcher Zeit Fingerspitzen und Lippen blau waren. An den Nachmittagen der drei folgenden Tage hatte Pat. Heiserkeit und leichte Cyanose, der Körper bedeckte sich mit Urticaria-Quaddeln. Heilung.

LEFFERTS.

80) **Malynicz** (Kiew). **Ueber die Häufigkeit der postdiphtherischen Lähmungen vor und nach der Serumbehandlung.** *Dissert. Zürich 1908.*

23 Fälle. Die Serumzeit weist entschieden mehr Herzlähmungen auf als die Vorserumperiode. Die anderslocalisirten Lähmungen sind in beiden Zeitperioden fast gleich zahlreich, eher etwas seltener seit Einführung des Serums. Letzteres scheint die Lähmungen ein wenig zu verfrühen, so dass sie durchschnittlich am 16. statt am 20. Tage nach dem Beginn der Krankheit erscheinen. Die Dauer der Lähmungen ist seit der Serumbehandlung entschieden kürzer, durchschnittlich 21 statt 33 Tage. Das Serum lässt dieselben häufiger an den Extremitäten einsetzen, dagegen seltener am Gaumen. Die Lähmungen treten ohne irgendwelche Beziehung zum Fiebergrad auf. Die Mortalität ist seit der Serumbehandlung unter den Gelähmten (Herz) entschieden grösser, als vor derselben.

JONQUIÈRE.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

81) **Villa. Ueber die Pathogenese der acuten Larynxstenose bei Masern. (Sulla patogenesi delle laringostenosi acute nel morbillo.)** *Annali di Laringologia e di Otologia. Januar 1908.*

Während einer vom Verf. in Genua beobachteten Masernepidemie waren Complicationen seitens des Larynx am häufigsten; diese Complication trug am meisten dazu bei, die Mortalitätsziffer zu erhöhen.

Die Kehlkopfstenose, die am Ende des Prodromalstadiums beobachtet wird, schreibt Verf. einzig einem Exanthem des Larynx zu, einem Exanthem, völlig analog dem, das bald darauf auf der Haut ausbricht. Dieselbe Ursache hat die Stenose, die während des Eruptionsstadiums auftritt, sowie die nach Ablauf der eigentlichen Krankheit beobachtete. Diese pseudo-membranösen Laryngitiden dürfen nicht als diphtherischer Natur angesehen werden. In der vom Verf. beobachteten Epidemie betrug die Mortalität bei den Fällen mit Larynxcomplicationen 27,7 pCt. Die schwersten Fälle waren die, bei denen die Laryngitis gegen Ende der Eruption und in der Reconvalescenz beobachtet wurde.

FINDER.

82) A. **Montefusco. Das Pilocarpin bei der Behandlung der Kehlkopfstenose bei Masern. (La pilocarpina nella cura della laringostenosi morbillosa.)** *La Pediatria. 1908.*

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass die meisten Fälle von Kehlkopfstenose bei Masern nicht auf Complication diphtherischer Natur zurückzuführen seien, sondern durch die Maserninfection selbst verursacht werden. Das Antidiphtherieserum ist daher wirkungslos. Als ein wirksames Mittel hat sich ihm in diesen Fällen das Pilocarpin erwiesen, das er in subcutanen Injectionen von $^1/_2$—1 mg anwendet, in schweren Fällen bis 3 mg pro die. Er hat so 45 Fälle behandelt, von denen nur 2 in Folge Pneumonie tödtlich verliefen. Von 10 Fällen giebt Verfasser eine ausführliche Krankengeschichte.

FINDER.

83) **F. Sinaud. Ueber den plötzlich eintretenden Tod bei chronischen Stenosen des Kehlkopfes. (De la mort subite dans les affections sténosantes chroniques du larynx.)** *Dissert. Paris 1907.*

In der unter Leitung von Lermoyez erschienenen Dissertation zählt S. 10 Fälle chronischer Larynxerkrankung auf, die zu Stenose und wider Erwarten plötzlich zu Exitus führten. Die verschiedenen Ursachen dieser plötzlichen Todesfälle werden eingehend besprochen.

OPPIKOFER.

84) **Jacob** und **Collet. Postdiphtherische laryngo-tracheale Stenose. (Sténose laryngo-trachéale post-diphtérique.)** *Lyon médical. 11. August 1907.*

Heilung durch Laryngostomie. Verff. betonen die Schwierigkeit und Wichtigkeit der Nachbehandlung.

BRINDEL.

85) **E. J. Moure. Klinische Betrachtungen über Kehlkopfstenose. (Considération clinique sur les laryngo-sténoses.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 27. 1907.*

Eine der häufigsten Ursachen der Kehlkopfstenose besteht in der Tracheotomia intercrico-thyreoidea. Die Behandlung besteht in Dilatation, der die Durchschneidung der Narben vorhergehen kann, und in den bisher für inoperabel geltenden Fällen röhrenförmiger Stenose in der Laryngostomie.

BRINDEL.

86) **Vignard, Sargnon** und **Barlatier. Pathogenie der Nekrose bei der Laryngostomie. (Pathogénie du sphacèle dans la laryngostomie.)** *Lyon médicale. 20. October 1907.*

Es zeigt sich oft im oberen Winkel der Laryngostomie eine Nekrose, die vom 2. bis 20. Tage dauert. Die Verff. schreiben dies einer bucco-dentalen septischen Infection zu; es ist daher auf sorgfältige Ueberwachung der Zahn- und Mundpflege nach der Operation zu achten.

BRINDEL.

87) **Vignard** und **Sargnon. Laryngostomie wegen Narbenstenose des Kehlkopfs. (Laryngostomie pour sténose du larynx.)** *Lyon médical. 15. September 1907.*

Die Operation wurde bei einem Kind vorgenommen, das im Verlauf einer Masernlaryngitis sechs Mal intubirt und schliesslich tracheotomirt war. Es war

„canulard“ und die Operation zeigte das Bestehen einer Narbenstenose. Zwei Monate nach der Operation war eine erhebliche Besserung zu constatiren.

BRINDEL.

88) **Becó. Die Laryngostomie bei der Behandlung der Kehlkopfstenosen; Vorstellung eines in Behandlung befindlichen und an recidivirenden Laryngotrachealpapillomen operirten Kranken. (La Laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx; présentation d'un malade en cours de traitement opéré pour papillômes laryngotrachéaux récidivants.)** *Annales de la Société méd.-chirurg. de Liège. No. 2. 1908.*

Der ausführliche Titel resumirt genügend den Inhalt; vergl. ausserdem den Bericht vom Juni 1908 über die Jahresversammlung der Belg. otolaryngol. Gesellschaft.

BAYER.

89) **Sargnon** und **Barlatier** (Lyon). **Ueber Laryngostomie. (De la laryngostomie.)** *Presse médicale. No. 22. 16. März 1908.*

Nach einem historischen Ueberblick, in dem die Frage der Priorität detaillirt erörtert wird, beschreiben Verff. ihre Operationstechnik. Die grösste Wichtigkeit wird der nachträglichen Dilatation und den Verbänden beigelegt. Die Indicationen bestehen in: Laryngo-trachealen Narbenstenosen, functionellen Stenosen, die sich der Intubation gegenüber widerspenstig verhalten, und in allen Fällen, in denen es darauf ankommt, eine im Fortschreiten befindliche Affection — Tuberculose, Carcinom, recidivirende Polypen — zu überwachen.

Die Resultate sind sehr ermuthigend: unter 11 Fällen haben Verff. nur einen Todesfall in Folge descendirender Gangrän. In allen anderen ist die Athmung vollkommen; die Stimme ist so wenig verändert, dass einige Patienten sogar singen.

GONTIER de la ROCHE.

90) **Sargnon. Laryngostomie. (Laryngostomy.)** *N. Y. Medical Journal. 12. April 1908.*

Inhalt identisch mit dem der unter vorhergehender Nummer referirten Arbeit desselben Verf.'s.

LEFFERTS.

91) **Sieur** (Paris). **Zwei Fälle von Laryngostomie. (Deux cas de laryngostomie.)** *Bulletin de le société de chirurgie. 9. Juni 1908.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation.

GONTIER de la ROCHE.

92) **Barlatier, Viannay, Sescos. Vorstellung eines Präparates, von Laryngostomie gewonnen sechs Monate nach der Operation. (Présentation d'une pièce de laryngostomie recueillie six moix après l'intervention.)** *Lyon médical. 8. November 1908.*

Bei dem $4^1/_2$jährigen Kinde war die Laryngostomie gemacht worden, weil es ein „canulard“ war. Es bestand eine äusserst enge Narbenstenose. Es wurde die Caoutschoucdilatation gemacht; jedoch hatte die Fistel die Neigung, sich sehr schnell zu schliessen. Schliesslich blieb im oberen Theil eine kleine Oeffnung bestehen. Vorsichtshalber legte man hier ein kleines Drain ein. Das Kind, das eine Bronchitis befallen hatte, starb an Bronchopneumonie.



Obwohl die Dilatation seit einem Monat aufgehört hatte, ist das laryngotracheale Rohr weit, weiter als in der Norm. Es besteht noch ein kleiner seitlicher Narbenstrang am Ringknorpel. Im oberen Mundwinkel findet sich ein kleiner, gestielter Granulationsknopf, der auf die Stimmbänder fällt.

Verf. weist darauf hin, wie sehr eine Bronchitis im Stande ist, die Prognose der Laryngostomie zu verschlechtern. GONTIER de la ROCHE.

93) **U. Calamida. Ueber die chirurgische Behandlung der chronischen Kehlkopfstenosen. (Sulla cura chirurgica delle stenosi laryngee chroniche.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. II. 1. 1908.*

Verf. theilt aus seiner Praxis 3 Fälle mit, die als Repräsentanten der bei chronischen Kehlkopfstenosen angewandten Methoden gelten sollen. Im ersten Fall wurde eine Narbenstenose in Folge tuberculöser Processe geheilt durch Intubation, nachdem die obstruirende Membran vorher gespalten war. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Paralyse der Abductoren mit — wahrscheinlich rheumatischer — Entzündung der Cricoarytaenoidgelenke; es wurde die Tracheotomie gemacht und daran die retrograde Dilatation angeschlossen. Die Erfolge waren günstige, doch brach Pat. die Behandlung ab. Im dritten Fall war erst eine endolaryngeale chirurgische Behandlung gemacht worden: et trat aber ein schweres Recidiv der Stenose auf, und Verf. entschloss sich daher zur Crico-Thyreotomie, die unter Localanästhesie ohne vorhergehende Tracheotomie gemacht wurde. Da aber bei der Operation sich das Narbengewebe im Kehlkopf als sehr massenhaft erwies, wurde, um nach Abtragung desselben und Verschluss der Thyreotomiewunde nicht sich den Gefahren einer wiederkehrenden Stenose auszusetzen, doch noch die Tracheotomie gemacht. Der Erfolg der Operation ist noch nicht definitiv.

FINDER.

94) **Louis Fischer. Behandlung der Kehlkopfstenosen einschliesslich der Intubation in Rückenlage. (Treatment of laryngeal stenosis including intubation by the dorsal method.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1908.*

Wenn Verf. auch in dieser Arbeit nichts Neues bringt, so setzt er doch auf Grund seiner reichen und mannigfachen Erfahrung viele alte, aber wichtige Gesichtspunkte in das richtige Licht. Er beschreibt auch mit Beifügung trefflicher Holzschnitte die Technik der Intubation in Rückenlage. LEFFERTS.

95) **Binford Throne. Seltene Folgezustände der Intubation. (Rare sequelae of intubation.)** *Proceedings New York Pathological Society. April-Mai 1907.*

Unter 302 Intubationsfällen kam vier Mal prätracheale Abscesse vor, von denen 3 wiederhergestellt wurden. Der tödtlich verlaufene Fall betraf ein dreijähriges Kind, das vor 21 Tagen intubirt war, extubirt und wieder intubirt worden war. Die Anamnese ergab, dass vor der Aufnahme in das Hospital zwei Versuche zur Extubation gemacht worden waren, dass schwere Dyspnoe auf diese Versuche folgte, dass die Dyspnoe durch Einführung einer neuen Tube etwas gehoben wurde. Es wurde diagnosticirt, dass der linke Bronchus durch eine Tube

verstopft sei. Es bestand ein prätrachealer Abscess. Bei der Autopsie fand man Ulceration des Kehlkopfs und der Trachea und eine Tube im Bronchus.

EMIL MAYER.

96) **Franck** (Flensburg). **Ueber die Intubationsstenose des Kehlkopfes nach secundärer Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Wird nach der O'Dwyer'schen Intubation wegen Decubitus die secundäre Tracheotomie nothwendig, so tritt oft eine sehr rapide Stenosirung bis zur vollkommenen Obliteration des Larynxlumens ein, die der Dilatationsbehandlung unzugänglich ist und nur durch Laryngofissur mit Plastik beseitigt werden kann, wenn sich nicht gar die Nothwendigkeit einer Resection des Kehlkopfes herausstellt. — Verf. empfiehlt, um derartige schlimme Ausgänge zu vermeiden, auch nach der secundären Tracheotomie die Dilatationsbehandlung keinen Tag auszusetzen. Nur soll man sie auf 1—2 Stunden täglich beschränken und solange fortsetzen, bis sich die Kehlkopfschleimhaut erholt hat.

ZARNIKO.

97) **Lotsch** (Magdeburg). **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 4. 1908.*

Die Intubation ist nur da erlaubt, wo bis zur Glottis kein wesentliches Hinderniss für die Athmung besteht, sie ist contraindicirt bei sehr starker Schwellung oder Gangrän der Rachenorgane, bei Retropharyngealabscess, bei Abschluss des Cavum pharyngo-nasale.

SEIFERT.

98) **Botey** (Barcelona). **Die Crico-thyroidpunction als präliminäre Operation vor dringenden Tracheotomien. (La ponction crico-thyreoidienne como operacion preliminar en las traqueotomias de urgencia.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. 48.*

Die Laryngotomia intercrico-thyreoidea dauert nach Botey 30 Secunden. Der Pat. sitzt, der Kopf wird extendirt, man sucht das Spatium crico-thyreoideum, stösst den Troicart ein und lässt die Canüle in situ. Die Canüle ist abgeplattet und kürzer, als die gewöhnlichen Canülen.

TAPIA.

99) **Fatjó.** **Tracheotomie in extremis. (Traqueotomia in extremis.)** *La medicina de los ninos. Juli 1907.*

Fall von Larynxödem. Heilung.

TAPIA.

100) **Citelli** (Catania). **Ueber die Vernarbung der Trachealwunden nach Tracheotomie, Makroskopische und mikroskopische Beobachtungen. (Experimentelle Untersuchungen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 126. 1907.*

Die Untersuchungen sind an tracheotomirten Hunden vorgenommen; aus den sich bei makroskopischer Betrachtung ergebenden und durch das Mikroskop ergänzten Befunden kann man folgende für die Praxis wichtigen Schlussfolgerungen ziehen:

1. Der Schluss der Trachealwunde kann schnell, d. h. 11 Tage nach dem Decanülement und 15 Tage post operationem erfolgen. Er kann aber auch bisweilen verzögert werden, wie in einem Versuch, wo 30 Tage nach der Operation und 28 Tage nach dem Decanulement bei einem sehr jungen Hunde die Tracheal-

wunde noch in ca. $^1/_3$ ihrer Ausdehnung offen war. Auch in einem anderen Versuch war sie 45 Tage nach der Operation und 41 Tage nach dem Decanulement noch nicht völlig geschlossen.

2. Die Ursachen, die den Schluss der Trachealwunde verzögern können, sind verschiedenartig und nicht immer leicht festzustellen. Der häufigste Grund, weswegen bisweilen die Trachea sich nicht schliesst, ist der, dass jeder der Wundränder sich getrennt epidermisirt. Auch wird der verzögerte oder mangelnde Schluss der Tracheotomiewunde beeinflusst durch die Verschiebung der Ränder, die geringe Activität der Gewebe, Infection der Wunde, Blutung in derselben etc.

3. Der Schluss der Trachealwunde erfolgt durch Narbengewebe, das entweder allein auf die Schleimhaut und die Innenfläche des Perichondriums beschränkt bleiben kann, sodass die Knorpelstümpfe frei bleiben oder aber sich bis zwischen diese und auch bis zu den prätrachealen Geweben erstrecken kann.

Im ersten Fall präsentirt sich die Narbe als ein Häutchen ohne Stütze, sodass es in Folge vermehrten atmosphärischen Drucks in der Trachea, z. B. bei Kehlkopfstenose, zu einer Dehnung der Membran und so allmählich zur Bildung einer Tracheocele kommen könnte.

Im zweiten Falle dagegen, wo sich eine feste Narbe bildet, die zu einer soliden Vereinigung zwischen den Stümpfen der durchschnittenen Ringe führt, wird man keine Dehnung der Narbe zu fürchten brauchen.

4. Die Veränderung des Tracheallumens, die eine Folge der Narbenbildung ist, bleibt auch in den sehr ausgesprochenen Fällen immer beschränkt, sodass sie unter keinen Umständen Respirationsstörungen hervorrufen kann. Es ist daher nicht nöthig, zum Schluss der Trachealwunde zu Hautplastiken seine Zuflucht zu nehmen.

5. Die Stümpfe der durchschnittenen Trachealknorpel liegen nur selten in demselben Niveau. Sie zeigen sich mehr oder weniger verschoben und zwar auf verschiedene Weise, sowohl in den einzelnen Fällen, wie in den verschiedenen Abschnitten einer und derselben Narbe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **Streit** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Heilung inficirter Trachealwunden. (Mit experimentellen Versuchen an der Katze.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 237. 1907.*

Verf. beschreibt seine am Thiere gewonnenen experimentellen Ergebnisse und vergleicht sie mit den aus der Literatur bekannten. Die Thiere wurden in Chloroformnarkose tracheotomirt und an der Wundstelle mit frischen Kapselbacillenkulturen inficirt. Die sich nach erfolgter Infection an der Trachea abspielenden pathologisch-anatomischen Vorgänge waren zunächst naturgemäss hauptsächlich regressiver Art, doch schon frühzeitig zeigten sich bei einigen Gewebsarten schneller, bei anderen langsamer einsetzende Regenerationsprocesse.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Rueda** (Madrid). **Einige im Verlauf der Tracheotomie beobachtete Zufälle. (Algunos accidentes observados en el curso de la traqueotomia.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

1. Emphysem der Haut und des Mediastinums, während der Operation auf-



tretend bei einem Individuum mit sehr kurzem Hals, tiefliegender Trachea; das Emphysem verschwand 20 Minuten später. Um solche Zwischenfälle zu vermeiden, räth Verf., die Gewebe nicht zu zerfetzen und die Canüle schnell einzuführen.

2. Diphtherisches Kind; Asphyxie; Intubation war ohne Erfolg gewesen, die Tracheotomie nutzte nichts, da die das Lumen verlegenden Pseudomembranen unterhalb der Canüle sassen; man musste sie mit einer Pincette entfernen.

3. Kehlkopfkrebs; der Kranke athmet gut; im Moment, wo für eine präventive Tracheotomie die Chloroformnarkose eingeleitet wird, tritt plötzlich ein Erstickungsanfall auf. Verf. schliesst daran die Warnung, Kehlkopfstenosen in Narkose zu operiren.

TAPIA.

103) **R. Wolf. Die Endresultate der Tracheotomie. (The final results of tracheotomies.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die an der Trendelenburg'schen Klinik in Leipzig erzielten Endresultate der Tracheotomie bei Diphtherie.

Von 404 Fällen, die während eines Zeitraums von 12 Jahren zur Tracheotomie kamen, wurden 264 als geheilt entlassen; die hohe Mortalitätsziffer hat ihren Grund darin, dass ein grosser Theil der Kinder moribund eingeliefert wurde. Von den entlassenen Kindern hat W. 173 aufgesucht und fand 145 (85,5pCt.) von ihnen frei von allen Symptomen; 24 (14,2 pCt.) zeigten leichtere Störungen, wie Heiserkeit, Neigung zu leichten Larynxkatarrhen, häufigen Erkältungen; jedoch konnten manche dieser Beschwerden auf andere Ursachen, als auf die Tracheotomie zurückgeführt werden. 7 Patienten (4,1 pCt.) hatten ernstere Beschwerden, 4 zeigten Symptome, die in drei Fällen auf familiäre Disposition zurückgeführt werden konnten. Narbenstenose wurde bei keinem der 173 Kinder beobachtet. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die angeblich häufigen schlechten Enderfolge der Tracheotomie nicht zu Gunsten der Intubation ins Feld geführt werden können.

LEFFERTS.

104) **Wolf. Ueber die Endresultate der Tracheotomie.** (Aus der chir. Klinik der Univers. in Leipzig des Geh. Med.-Rath Prof. Trendelenburg.) *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

In den Jahren 1895—1906 wurde keine Narbenstenose nach Tracheotomie beobachtet, die einer dilatirenden oder blutig operativen Behandlung bedurfte. Auch die in den letzten 12 Jahren an der Klinik tracheotomirten Kinder erlitten durch die Operation keine Schädigung der tieferen Luftwege — dies zur Kenntnissnahme der Intubations-Verfechter.

HANSZEL.

105) **Max Senator** (Berlin). **Ueber subglottische Laryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1907.*

Vortr. konnte mit der von Gerber angegebenen Methode zur Sichtbarmachung der Unterflächen der Stimmbänder (vergl. Ref. dieses Centralblatt, No. XXIII, S. 122) bei einem Sänger an der Unterfläche eines Stimmbandes eine hirsekorngrosse Geschwulst feststellen. Im Kehlkopfspiegel konnte nur eine strichförmige Auflagerung wahrgenommen werden. Die Geschwulst wurde subglottisch

durch Aetzmittel beseitigt mit gutem functionellen und localem Erfolge, wie durch den eingeführten zweiten — subglottischen — Spiegel bestätigt werden konnte.

In der Discussion (Berl. klin. Woch. 1907. No. 2) bemerkt Rosenberg, dass er schon 1887 Spiegel in die subglottische Region eingeführt habe. Edm. Meyer erwähnt, dass schon 1862 Rauchfuss (Petersburg) Spiegel angegeben habe, um subglottische Papillome festzustellen.

Im Schlusswort meint Senator, dass seiner Zeit Rosenberg seinen Spiegel zur Sichtbarmachung der Hinterwand, nicht aber der unteren Fläche der Stimmbänder benutzt habe. Positive Resultate habe nur Gerber und er in einem Fall an der Unterfläche der Stimmbänder erzielt.

ALBANUS (ZARNIKO).

106) **Rauchfuss** (St. Petersburg). **Bemerkung zur Discussion über subglottische Laryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1907.*

R. bestätigt, dass er schon 1862 bei einem Fall, wo nach Entfernung eines grossen Stimmbandpapilloms zu entscheiden war, ob auch die subglottische Region frei sei, einen kleinen stählernen, endolaryngealen Gegenspiegel angewandt habe.

ALBANUS (ZARNIKO).

## f. Schilddrüse.

107) **de Ligneris** (Bern). **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Jod auf die Hundeschilddrüse.** *Dissert. Bern 1907.*

Zuerst Feststellung der histologischen Veränderungen bei reiner Hypertrophie: Abnahme des Colloids bis zu völligem Schwund, Zunahme des Epithels, Kleinerwerden des Follicularlumens bis zur Obliteration. Auftreten von Papillen, Unregelmässigwerden der Follikelform, Zunahme des Blutgehalts. Experimente an 14 Hunden. Exstirpation in Morphium-Aethernarkose. Bei der wachsenden Schilddrüse bewirkt das Jod starke Vermehrung des Colloids, Vergrösserung und regelmässige Formbildung des Follikellumens, Abplattung des Epithels bis zur Confluenz der Follikel, Verengerung der Gefässe durch Druck und Abnahme des Blutgehalts der Drüsen. Ganz geringe innere Dosen von Jod haben dasselbe Ergebniss wie grosse Gaben. Innere Behandlung bewirkt viel weniger Entzündung als die äusserliche. Die Hundeschilddrüse reagirt viel weniger auf Jod als die menschliche. Durch Jodbehandlung wird die gesunde Schilddrüse geschädigt auf Kosten des Zellmaterials und der Leistungsfähigkeit der Drüse.

JONQUIÈRE.

108) **Leykin** (Sympheropol). **Wirkung von Jod, Jodothyrin und Thyreoidin auf verschiedene Kropfformen.** *Dissert. Bern 1907.*

Verf. theilt ihre 20 Fälle in 3 Gruppen. 1. Bei ganz frischen nicht behandelten hyperplastischen Kröpfen wirken Jodkali und alle obengenannten Heilmittel in gleicher Weise rasch in wenigen Tagen. 2. Bei nicht mehr frischen, weich elastischen, oft colloid entarteten Strumen wirken diese Medicamente langsamer, erst durch mehrwöchige Behandlung. Jodkali schlug nur wenig an, Jodothyrin wirkte, abgesehen von Basedow gut. 3. Colloide, derbelastische, wenig bewegliche Kröpfe wurden von keinem jener Mittel beeinflusst. Es stellte sich bei allen diesen Versuchen heraus, dass kleine Dosen ebenso gut wirken wie grosse.

JONQUIÈRE.

109) **Halepin** (Odessa). **Art der Jodausscheidung bei Basedowkranken im Vergleich zu Gesunden und zu gewöhnlichen Kropfpatienten.** *Dissert. Bern 1907.*

Die Ergebnisse bei 16 Fällen waren folgende:

1. Bei Gesunden dauerte die Jodausscheidung 2 Tage, die ausgeschiedene Jodmenge betrug 67—74 pCt. der eingeführten.

2. Bei Basedow war die Jodausscheidung auf 3 Tage verlängert. Nach der Operation verhielten sich Basedowkranke wie Gesunde.

3. Bei gewöhnlichen Kropfkranken war das Ausscheidungsverhältniss 60 pCt. des eingenommenen Jods.

JONQUIÈRE.

110) **L. Oppitz. Ueber Strumectomie.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Eingehende Besprechung der Strumectomie und Beifügen von 35 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

111) **A. Horst. Pulsirende Strumametastase der Gesässgegend unter dem Bilde eines Aneurysma.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Die pulsirende Geschwulst in der rechten Gesässgegend zeigte bei der 40jährigen Frau alle diagnostischen Merkmale eines Aneurysma einer Gesässarterie. Bei der Operation dagegen wurde die Diagnose auf Tumor (Sarkom des Kreuzbeins) gestellt. Die Blutung war so heftig, dass die Operation unterbrochen und tamponirt werden musste; bereits 20 Minuten später Exitus. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich nicht um Sarkom, sondern um eine gefässreiche Struma — Knochenmetastase — gehandelt hatte; die Tumorstücke zeigten denselben Bau wie eine gewöhnliche Struma parenchymatosa. Die Schilddrüse war seit ihrer Kindheit vergrössert, hatte aber nie Beschwerden verursacht.

OPPIKOFER.

112) **W. Burk** (Stuttgart). **Ueber einen Fall von acuter recidivirender Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von primärer acuter nichteitriger Thyreoiditis, entstanden durch mechanische Ursachen, nebst epikritischen Bemerkungen.

HECHT.

113) **Hans Schwerin** (Berlin). **Zwei Fälle acuter nichteitriger Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1908.*

Mittheilung, dass Autor „in den letzten vier Jahren 2 Fälle nichteitriger Thyreoiditis beobachtete, die typisch so verliefen, wie es de Quervain und Dunger beschreiben".

HECHT.

## g. Oesophagus.

114) **Bichaton** und **Blum. Schmerzhafter Spasmus des Oesophagus. Reichlicher Speichelfluss, völlige Aphonie neuropathischen Ursprungs bei einem Mann. (Spasme douloureux de l'oesophage, sialorrhée abondante; aphonie complète d'origine neuropathique chez un homme.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 16. 18. April 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

BRINDEL.

115) **R. Driout. Technik der Oesophagoskopie. Beitrag zum Studium der Fremdkörper der Speiseröhre. (Technique de l'oesophagoscopie. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1907.*

Da auf den chirurgischen Abtheilungen in Frankreich auch heute noch die Oesophagoskopie fast durchwegs unberücksichtigt bleibt und fast regelmässig von vornherein die unsichereren und gefährlicheren Verfahren Anwendung finden, so hebt D. in seiner fleissigen Arbeit an der Hand von zahlreichen Beispielen aus der Literatur den hohen Werth der Oesophagoskopie hervor. OPPIKOFER.

116) **Alwin Ach** (München). **Fremdkörper des Oesophagus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 44. 1908.*

Ach bespricht die verschiedenen diagnostischen Hülfsmittel (Anamnese, Sondirung, Röntgenphotographie und Oesophagoskopie). Das souveränste Hülfsmittel ist die Oesophagoskopie, die Ach mit dem von ihm angegebenen Instrumentarium unter Aufblähung des Oesophagus mittels des pneumatischen Apparates verwendet. Verf. erörtert anschliessend die Technik der Oesophagoskopie und der Fremdkörperextraction. Gelingt es nicht, den Fremdkörper auf diesem Wege zu extrahiren, so tritt die Oesophagotomie in ihre Rechte, jedoch kommt dieses Verfahren nur für die Fremdkörper oberhalb der Bifurcation in Frage. „Bei tief, d. h. nahe der Cardia sitzenden Fremdkörpern, die sich nicht in besprochener Weise entfernen lassen, ist die Gastrotomie mit retrograder Oesophagoskopie und Extraction mit dem Oesophagoskop die rationellste Methode." Anschliessend Mittheilung von 10 einschlägigen Krankengeschichten. HECHT.

117) **Lawford Knaggs. Perforation des Oesophagus durch einen Kaninchenknochen; septische Entzündung des Mediastinum; Ulceration in die Aorta; Tod infolge Blutung. (Perforation of the oesophagus by a rabbit bone: septic inflammation of the mediastinum; ulceration into the aorta; death from hemorrhage.)** *Lancet. 28. März 1908.*

Ein 16jähriger junger Mann verschluckte beim Essen einer Kaninchenpastete einen Knochen; er hatte Schmerzen und zwei Tage lang Erbrechen. Eine Sonde passirte leicht bis in den Magen. Am 8. Tage erbrach er grosse Mengen Blut und starb in 4 Stunden. Die Obduction ergab den im Titel gekennzeichneten Befund. ADOLPH BRONNER.

118) **E. Botella** (Madrid). **Stück einer Zahnplatte im Oesophagus. Extraction durch die Oesophagoskopie. (Pieza dentaria caida en el esófago. Extracción por esofagoscopia.)** *Siglo medico. 29. November 1907.*

Titel besagt den Inhalt. TAPIA.

119) **Parellada** (Madrid). **Soustück im Oesophagus. Vergebliche Oesophagoskopie Heilung. (Moneda de cinco centesimos detenida en el esofago. Esofagoscopia frustrado. Curacion.)** *La medicina de los ninos. September 1907.*

Als man sich anschickte, die Oesophagotomia externa zu machen, wurde der Fremdkörper durch eine Würgbewegung in den Pharynx geschleudert und von dort mit dem Finger herausgeholt. TAPIA.

120) **J. Manson** (Madrid). **Offene Sicherheitsnadel im Oesophagus eines 5 Monate alten Kindes. (Open safety pin in the oesophagus of a child aged 5 months.)** *Lancet. 4. Januar 1908.*

Die Nadel wurde in den Magen hinuntergestossen und ging am 6. Tage durch den Darm ab.

ADOLPH BRONNER.

121) **Burger** (Amsterdam). **Regeln bezüglich der Untersuchung des oberen Theils des Oesophagus. (Règles relatives à l'examen de la partie supérieure de l'oesophage.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1908.*

Auf dem XII. flämischen Congress für Natur- und medicinische Wissenschaften in St. Nicolas vom 19. bis 21. September 1908 erinnert B. an die der Oesophagoskopie und Laryngoskopie vorausgehenden Untersuchungsmethoden mit der Sonde und der Palpation.

Das Oesophagoskop ist ein ausgezeichnetes Instrument, eignet sich aber nicht sehr zur Untersuchung des Hypopharynx. Dieser ist im normalen Zustand geschlossen. B. räth, denselben vermittelst eines besonders dazu angegebenen Hakens nach vorne zu ziehen und mit dem Laryngoskop zu untersuchen.

Die Röntgenstrahlen gestatten, den Sitz eines Fremdkörpers, eines Tumors, eines Aneurysmasackes genau festzustellen. B. zeigt an schönen Abbildungen die topographische Anatomie und ein Schema von allen Fällen von Fremdkörpern des Hypopharynx, die in der Literatur verzeichnet sind, angeordnet nach ihrem jeweiligen Sitz.

BAYER.

---

## III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Seifert** (Würzburg). **Geschichte der Laryngologie in Würzburg.** Würzburg, Curt Kabitzsch. 1908.

Zahlreiche Träger berühmter Namen gehörten der Universität Würzburg an, so Virchow, v. Bergmann, Troeltsch, Sachs, Leube, Scanzoni, Kölliker und Roentgen. Erinnern wir uns, dass unter den Lehrern, die an dieser Hochschule wirkten, im Jahre 1860 auch Gerhardt war, so wird es uns nicht überraschen, dass auch die Laryngologie zu den dort gepflegten Unterrichtsfächern gehörte. Sie war neben der Auscultation und Percussion Gegenstand des Curses über die physikalischen Untersuchungsmethoden. Auf Gerhardt folgten Rossbach, Riegel u. A.; Seifert hat Curse über Laryngoskopie und Rhinoskopie von 1883 ununterbrochen bis zu diesem Zeitpunkt gehalten. In seiner „Geschichte der Laryngologie in Würzburg" giebt Seifert einen Rückblick auf die Enwickelung der laryngologischen Schule, mit der sein Name auf so glanzvolle Weise verknüpft ist. Seine Schaffenskraft ist allbekannt; wie unerschöpflich sie ist, das erkennen wir jedoch erst, wenn wir die Liste der aus seiner Feder hervorgegangenen Arbeiten lesen. Seine Fähigkeit, anregend auf andere zu wirken, geht aus dem Verzeichniss seiner Assistenten hervor, in dem wir die Namen von Forschern, wie Herzog, Kahn, Lieven, Petersen, Kanasugi, Bönninghaus und Hasslauer finden. Die Zahl der im Jahre in Würzburg behandelten Patienten ist naturgemäss erheb-

lich geringer, als an den überfüllten Kliniken der grossen Städte; dieser Umstand aber gerade erlaubt ein eingehenderes Studium des Materials und führt zu den ausgezeichneten Ergebnissen, auf die wir bereits hingewiesen haben. Würzburg erfreut sich eines Rufes wegen der Schönheit seiner natürlichen Lage, wegen der Güte seiner Weine und wie die Studentenlieder bezeugen, noch wegen anderer Anziehungspunkte. Wer all dies an Ort und Stelle kennen lernen will und noch einen guten Grund sucht, um nach Würzburg zu gehen, der wird keinen besseren finden, als dass er dort unter Prof. Seifert Laryngologie studiren will.

Dundas Grant.

---

**b) William Lloyd** F. R. C. S. **Heufieber, Heuasthma; ihre Ursache, Diagnose und Behandlung. (Hay fever, hay asthma. Its cause diagnosis and treatment.)** 2. Aufl. London, Henry Glaisher. 1908. 107 Ss.

Von den 71 Seiten, aus denen, abgesehen von den letzten 25 nur Krankengeschichten enthaltenden Seiten, das Buch besteht, handelt das erste Capitel von 21 Seiten sehr ausführlich von den verschiedenen Theorien über die Ursachen des Heufiebers. Es folgt eine Uebersicht über die prädisponirenden und auslösenden Momente nebst werthvollen Winken für die Unterscheidung der wahren und Pseudoformen des Heufiebers. Das Capitel über die Therapie ist gründlich und praktisch und enthält in den Bemerkungen über die Prophylaxe viele nützliche Unterweisungen. Es ist — unseres Erachtens mit Recht — in Bezug auf die Behandlung ein Unterschied gemacht zwischen den Fällen, in denen ausgesprochene pathologische Veränderungen sich in der Nase finden und denen, wo nichts Abnormes nachweisbar ist, ausser hypersensiblen Punkten; es wird empfohlen, diese zu cauterisiren.

In einer Monographie über diesen Gegenstand sollte man erwarten, weitere Bemerkungen über das Pollantin zu finden; Verf. begnügt sich damit, ohne Commentar Sir Felix Semon's Schlussfolgerungen wiederzugeben, nebst einem flüchtigen Hinweis auf die Ergebnisse Wolff-Eisner's.

Dem allgemeinen Praktiker wird das kleine Buch von grossem Nutzen sein, wenn er mit der schwierigen Affection zu thun hat.

P. Watson Williams (Bristol).

---

### c) Verein deutscher Laryngologen.

XV. Tagung, Pfingsten, 8. Juni 1908.

Vorsitzender: Vohsen-Frankfurt a. M.

In der diesjährigen Geschäftssitzung wurde einstimmig beschlossen, dass der Verein süddeutscher Laryngologen fortan den Namen „Verein deutscher Laryngologen“ führen soll.

Körner (Rostock) demonstrirt ein Carcinom des Hypopharynx, das in den Kehlkopf hineingewachsen war, bespricht die Schwierigkeiten der klinischen Erkennung der Ursprungsstelle und der Ausdehnung solcher Geschwülste und betont den Werth der Hypopharyngoskopie.

v. Eichborn (Heidelberg): Ueber Anwendung der Fulguration in der Laryngologie.

Beschreibung des Fulgurationsapparates. Im Heidelberger Samariterhause werden Funkenbündel von 2—5 cm Länge angewandt und zwar wegen der Schmerzhaftigkeit in gemischter Narkose; Skopolaminmorphium und Chloroform.

Die Wirkung der Fulguration ist eine mehrfache. Zunächst entsteht an der einige Secunden lang fulgurirten Hautstelle eine kleine Blase, wie bei einer Verbrennung 2°. Im nächsten Augenblicke wird die Blase durch die Funken durchschlagen, entleert sich und fällt in sich zusammen. Fulgurirt man noch weiter dieselbe Stelle, so entsteht ein Verbrennungsschorf. Grössere Hautpartien, die man mit wandernder Elektrode fulgurirt, werden zunächst für kurze Zeit anämisch, worauf eine länger dauernde Hyperämie und Röthung eintritt.

Um Blasenbildung und Verschorfung zu verhindern, wird mit $CO_2$ oder, wo diese, wie in Mund und Nase nicht anzuwenden ist, mit comprimirter Luft gekühlt. Daneben kommt die mechanische und die Lichtwirkung der Funkenbüschel zur Geltung.

Leider ist die Tiefenwirkung der Fulguration nicht gross: 1 cm ist wohl das höchste, was man erwarten darf. Sie macht deshalb auch die Chirurgie nicht entbehrlich. Sie soll nur die makroskopisch nicht mehr sichtbaren Reste des Krebsgewebes zerstören und den Patienten vor Recidiven schützen.

Die Erfahrungen v. Eichborn's sind noch zu kurz, um ein abschliessendes Urtheil zu gestatten; über die Möglichkeit der Vermeidung von Recidiven wird man sich erst nach Jahren äussern können.

Man kann vorläufig nur sagen, dass die Fulguration in denjenigen Fällen, in denen man bisher durch langwierige Radium- oder Röntgen-Behandlung Erfolge erzielte, dieselben Erfolge in einer einzigen oder in zwei Sitzungen erreicht. Diese Zerstörung auf einmal hat auch insofern einigen Werth, als bekanntlich während der Dauer der Röntgenbehandlung die Krebsgeschwulst zwar an den bestrahlten Stellen zurückgeht, aber an den Nachbarstellen inzwischen oft wieder weiterwächst.

Die Fulguration ist uns ferner von grossem Nutzen bei der Behandlung von Recidiven und bei nicht mehr radical operablen Fällen, wo es sich darum handelt, leicht blutende, jauchende und übelriechende Wundflächen zu reinigen, dem Patienten seine Schmerzen und ihn selbst für seine Umgebung wieder erträglich zu machen.

Vorstellung eines Falles von Larynxcarcinom (Plattenepithelcarcinom) und eines Kindes von 11 Jahren mit Fibro-chondro-myxo-sarkom des Rachens. Beide sind im Anschluss an die operative Behandlung mit Fulguration behandelt. Das Resultat ist bis jetzt günstig.

Discussion:

B. Fränkel (Berlin) hat Versuche mit Pilzculturen gemacht, die ergaben, dass eine Abtödtung durch die Fulguration stattfindet; diese ist keine Folge der Wärmewirkung. Therapeutisch hat Fränkel besonders bei Tuberculose Versuche gemacht; die Erfolge waren zum Theil günstig, doch nicht gleichmässig.

v. Eichborn Schlusswort.

Killian (Freiburg i. Breisgau): Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Scharlach.

Zwei Fälle von Erkrankung der Nebenhöhlen im Anschluss an Scharlach im letzten Winter, von denen einer durch frühzeitiges Eingreifen gerettet wurde, gaben Anlass, das vorhandene Material zu bearbeiten.

Es sind zwei Formen von Sinusitis scarlatinosa zu beobachten, die einfache und die complicirte.

Die einfache Sinusitis tritt aller Wahrscheinlichkeit nach sehr häufig ein. Dafür spricht schon die Analogie mit anderen Infectionskrankheiten, ferner die Thatsache, dass bei den Scharlachsectionen von Wolf und Wertheim schon unter wenigen Fällen eine Reihe von Nebenhöhlenerkrankungen gefunden wurde, doch haben sie von Seiten der inneren Mediciner wenig Beachtung gefunden; es ist wünschenswerth, dass diese Dinge mehr beachtet werden. Die meisten acuten Nebenhöhlenaffectionen kommen wie auch sonst, so auch beim Scharlach zu spontaner Heilung. Nur einige werden chronisch, gelangen noch spät zur Beobachtung und können auch nach langer Zeit noch complicirt verlaufen.

Solche Fälle machen auffällige Erscheinungen, daher hat man auch gelegentlich über sie berichtet. Ihre Häufigkeit muss viel grösser sein, als es bis jetzt den Anschein hat. Die Rhinologen wurden offenbar selten zugezogen.

Bei complicirtem Verlauf einer Nebenhöhlenaffection bei Scharlach tritt frühzeitig äusseres Oedem auf, in zwei Fällen schon am fünften Tage beobachtet, die geschwollene Partie ist oft spontan und auf Druck schmerzhaft, sie betrifft Stirngegend, Nasenwurzel, meistens inneres Drittel des oberen Augenlides. Bei Kindern bis zu sieben Jahren kommen wesentlich die Siebbeinzellen in Betracht, von 8—9 Jahren die Stirnhöhle, erst viel später die des Keilbeins. Aus anatomischen Gründen hat man es seltener mit einer complicirten Erkrankung der Kieferhöhle zu thun.

Oedem und Eiterbildung entstehen dadurch, dass der Entzündungsprocess von der Nebenhöhlen-Schleimhaut zum äusseren Periost fortschreitet. Dabei erkrankt beim Scharlach sehr rasch der Knochen mit. Thatsächlich sind 13 Mal Knochenveränderungen nachgewiesen worden, von den leichtesten bis zu den schwersten cariösen Processen, Perforationen und Sequesterbildungen. Die Löcher befanden sich meistens in der Lamina papyracea des Siebbeins, aber auch das Dach des Antrum und die vordere und die untere Wand der Stirnhöhle wurden perforirt gefunden.

Die eigentlich gefährlichen sind die Complicationen von Seiten der Stirnhöhle, hier ist die Gefahr der intracraniellen Erkrankung sehr gross, ausnahmsweise (Edm. Meyer) auch schon in früherem Alter. Drei Kinder starben an eitriger Meningitis, auch Thrombose des Längsblutleiters mit folgender pyämischer Eiterung wurde beobachtet. Die Diagnose der complicirten Scharlachsinuisitis ist wegen des äusseren Oedems leicht, daneben kommen die sonstigen diagnostischen Mittel (Röntgen etc.) in Betracht. Die Auffassung dieser Erkrankungen muss stets sehr ernst sein; sie fordern zu energischem Handeln auf nach dem Vorgange von Preysing.

Es handelt sich im Wesentlichen darum, das ganze Siebbein und, wo eine Stirnhöhle vorhanden ist, auch diese zu eröffnen; zu diesem Zweck Bogenschnitt wie bei Killian's Radicaloperation. Da die Wunde eine Zeit lang offen gehalten werden muss, so empfiehlt es sich, den Schnitt nicht innerhalb der Augenbraue, sondern darüber verlaufen zu lassen. An der Nasenseite muss er soweit nach aussen gehen, dass der Processus frontalis bequem resecirt werden kann. Es folgt die Ausräumung der Siebbeinzellen. Stets sollte man auch die Kieferhöhle probeweise eröffnen.

Discussion: Nager, Edm. Meyer, Vohsen, Hinsberg, Preysing und Walter Haenel theilen zum Theil weitere Fälle mit.

von Eicken (Freiburg i. Br.): Speichelfluss durch die Nase. Vorstellung eines Falles.

Beim Kauen und bei Vorstellung von Nahrungsmitteln Ausfluss von Speichel durch die Nase. Es war früher eine breite Eröffnung des Antrums gemacht, die orale Wunde eine Zeitlang offen gehalten, darauf zunächst Eindringen von Speisen durch die Kieferhöhle in die Nase, Operation, Verschluss der oralen Fistel, Aufhören des Durchtretens von Speisen, doch blieb eine ganz kleine Oeffnung; durch sie dringt der Speichel in Kieferhöhle und Nase.

von Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen über Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

Eine grosse Anzahl dahin gehöriger Fälle, deren Einzelheiten sich zu kurzem Referat nicht eignen. Das Material theilt sich in folgende Gruppen: 4 Fälle mit ödematösen Erscheinungen (der Lider, retrobulbäres Oedem, Exophthalmus etc.), die nach Eröffnung der erkrankten Nebenhöhlen sämmtlich geheilt wurden. Ferner 3 Fälle mit regionären Abscessen, davon einer in der Gegend oberhalb der Thränenwege, 2 Fälle mit Abscessbildung in der Stirngegend. Zu den Complicationen in der Schädelhöhle übergehend hält v. Eicken es für wahrscheinlich, dass in zwei Fällen eine Meningitis serosa bestanden hat. Drei extradurale Abscesse, sämmtlich als zufällige Befunde bei Stirnhöhlenoperationen, durch Operation geheilt; den Fällen war gemeinsam das plötzliche Auftreten einer starken Schwellung des oberen Lides, ein Symptom, das bei chronischer Stirnhöhleneiterung grossen diagnostischen Werth hat. Zwei Patienten sind an Meningitis nach einer Nebenhöhlenoperation gestorben. Ein Fall von Frontallappenabscess, Heilung; sechs Jahre später Exitus an Carcinom; Sectionsbefund wird mitgeteilt.

Zwei Fälle von Osteomyelitis cranii. Fall 1. Nach früherer Eröffnung der rechten Kieferhöhle und submucöser Septumresection wird Radicaloperation der rechten Stirnhöhle, des Siebbeins, der Keilbeinhöhle gemacht, nach primärer Naht zuerst guter Wundverlauf, dann Wiedereröffnung der Wunde nothwendig, trotzdem sich weiter ausdehnende Periostitis und Osteomyelitis, Abscess im Stirnhirn, breite Drainage, Kräfteverfall, Zeichen, die für Abscess im linken Schläfenlappen sprachen, Exitus durch Meningitis, Sectionsbefund.

Fall 2. Stirnhöhlen-, Siebbeineiterung, nach Trauma acute Verschlechterung, Operation ergiebt nekrotische Knochenmassen im Bereich des linken Thränen-Sieb-

Stirnbeines. Fortschreiten trotz wiederholter Operation, Meningitis, Exitus, Sectionsbefund.

Fälle, in denen Thrombose des Sinus cavernosus mit Wahrscheinlichkeit den Exitus veranlassten, sah Killian zweimal, Section verweigert.

Zwei Fälle von Thrombosen des Sinus longitudinalis als zufällige Sectionsergebnisse zur Kenntniss gelangt.

Zwei Fälle von metastatischen Eiterungen, einmal in der Prostata, einmal eitrige Peritonitis, Pneumonie etc.

Discussion: Kander.

Brünings (Freiburg i. Br.): Beiträge zur submucösen Septumresection. Instrumentarium: Abgesehen von Injectionsspritze, Tupfer etc. a) Haken zum Aufhalten des Nasenlochs, b) Septummesser, c) doppelseitiges Raspatorium, d) Messer nach Ballenger, e) f) Septumzangen nach Brünings, g) h) Meissel, Hammer, i) Tamponadezange nach Brünings — ferner Gummitampons, Septumklammern, davon eingehend besprochen: Septumzange; stanzende Zangen sind nicht zweckmässig zum Ausbrechen der freigelegten knorpeligen oder knöchernen Septumtheile, die Brünings'sche Zange mit ineinander gelegten Branchen eignet sich selbst zum Abbrechen des verdickten Vomers, so dass Meissel selten zur Anwendung kommt. Neu ist Tamponadezange, deren Backen innen glatt sind, sie vermeidet den Uebelstand der gerieften Zange, Gaze etc. wieder mit herauszuziehen.

Die Nachtheile der Nasentamponade werden aufgezählt, sie führten Brünings zunächst zur Einführung eines gefensterten Gummischlauches, der aber den Nachtheil hat, dass er durch Secret verstopft wird. Nach verschiedenen Verbesserungsversuchen der Wattetamponade, die besonders darauf gerichtet waren, die Entfernung der Tampons schmerzloser zu gestalten, griff Brünings zu strangförmigen Tampons aus den bekannten Gummibadeschwämmen; deren Vorzüge, Elastizität, auch im feuchten Zustande, Porosität, Schlüpfrigkeit, die auch bei der Entfernung derselben sich geltend machen, werden weiter ausgeführt.

Tamponade mit Gummischwamm, wenn auch eine gute Nachbehandlungsmethode der Septumresection, stellt nicht das Ideal einer solchen dar. Brünings hat daher den Versuch gemacht, die Septumblätter durch Compressorien miteinander zu vereinigen, so dass die Nasenathmung freibleibt. Mit solchen Klammern sind 31 Fälle von Septumresection behandelt, so dass Brünings kein Bedenken trägt, die Methode als wesentlichen Fortschritt zu bezeichnen. Die Vortheile der Behandlung mit Klammern, deren Form und Gebrauchstechnik ausführlich beschrieben wird, sind:

1. Die Einführung der Klammern ist auch ohne Cocainisirung der lateralen Nasenwand schmerzlos.

2. Die Durchsichtigkeit der Klammern ermöglicht es, nach ihrer Anlegung die Adaption von Schleimhautrissen zu controliren und eventuell unter der Klammer zu corrigiren.

3. Die Nasenathmung bleibt bei der Klammerbehandlung in der Mehrzahl der Fälle dauernd erhalten. Absaugung des Sekrets nach hinten ist in jedem Falle möglich. Schluckbeschwerden treten niemals ein.

4. Die durch Sekretstauung und Sekretverhaltung bedingten Tamponadebeschwerden fallen vollständig fort; Temperatursteigerungen, wie sie sonst die Regel bilden, fehlen fast ausnahmslos.

5. Die Klammern haben ausser gelegentlichem Niessreiz keinerlei Beschwerden gemacht; ihre Entfernung ist leicht und ohne jeden Schmerz zu bewerkstelligen.

6. Die Klammeranwendung kürzt die Dauer der Behandlung bis auf die Hälfte der sonst üblichen Zeit ab.

Discussion: Katz, Zarniko, Auerbach, Brünings (Schlusswort).

Goris (Brüssel): Demonstration primärer Mandeltuberculose.

Bei ganz gesunder Patientin von 23 Jahren ohne Lungenbefund und ohne Auswurf, anscheinend einfach hypertrophische Mandeln, Cauterisation, schlechte Heilung. Untersuchung ergab typische Tuberculose mit Riesenzellen. Demonstration der Präparate. Eine Injection von Koch'schem Alttuberkulin ergab bei der Patientin typische Reaction.

Discussion: Schönemann (Bern).

Die Tonsillen erkranken zumeist secundär, und zwar nicht etwa vornehmlich durch Fortleitung des tuberculösen Processes, sondern metastatisch bei Tuberculose der Nasenschleimhaut. Dieser Umstand spricht für Sch.'s Ansicht über die Bedeutung der Tonsillen, dass nämlich letztere nichts anderes vorstellen, als submucös gelegene zwischen Nasen- und Nasenrachen-Schleimhaut und tieferen Halslymphdrüsen eingeschaltete Lymphdrüsen.

Goris: Schlusswort.

Neugass (Mannheim): Ein Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenscheidewand.

Syphilitische Primäraffecte der Nase sind selten. Es wurde daher in dem folgenden Falle die Diagnose auch erst bei Auftreten einer Roseola gestellt. Es handelt sich um einen 22jährigen Patienten, der angab, dass seit einiger Zeit die Nase beim Waschen und Schneuzen geblutet habe.

Bei der Untersuchung fand sich auf der rechten Seite des Septum cartilag. ein etwa 10-Pfennigstückgrosses Ulcus, und zwar an der bekannten Stelle, die durch den in der Nase bohrenden und herumarbeitenden Zeigefinger sehr häufig der Sitz von Excorationen ist. Die Submaxillar- und Submentaldrüsen waren nicht auffallend geschwollen.

Da das Ulcus trotz eingeleiteter Therapie nicht heilte, wurde der Verdacht auf Lues rege, der denn auch, als Secundärerscheinungen auftraten, durch anamnestische Angaben erklärt und durch den Erfolg der specifischen Therapie zur Sicherheit wurde.

Blumenfeld-Wiesbaden),
Schriftführer.

### d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Juni 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Bericht der Geschwulst-Commission:

St. Clair Thomson: 1. Bösartige endolaryngeale Geschwulst bei einem jungen Manne. (Cfr. Versammlung April 1907.)

Carcinom.

2. Prolaps des Ventrikels. (April 1907.)

Weiches ödematöses Fibrom ohne Drüsen oder Anzeichen für einen Ursprung des Tumors im Ventrikel.

Fitzgerald Powell: Nasenrachengeschwulst. (Mai 1907.)

Hyperplastische Geschwulst von lymphoidem Gewebe mit Riesenzellen, aber ohne sichere Anzeichen für die Diagnose von Tuberculose.

Dundas Grant: Maligne Rachengeschwulst. (Mai 1907).

Plattenzellencarcinom.

Lambert Lack: Durch Thyreotomie entfernte Kehlkopfgeschwulst.

Plattenzellencarcinom.

Stanley Green: Mit Röntgenstrahlen behandeltes Sarkom der Tonsille.

58jähriger Mann. Nach der Operation Recidiv. Beim Beginn der Behandlung war ein grosser Tonsillartumor vorhanden und eine grosse Anzahl von orangengrossen und sehr harten Drüsen am Hals fühlbar. Es wurden Röntgenstrahlen angewandt — und zwar 13 innere und 7 äussere Applicationen (zusammen ungefähr 7 Stunden Expositionszeit in 3 Monaten). Der Tumor ging erheblich an Grösse zurück und die Drüsen verschwanden fast ganz. Allgemeinbefinden gut.

S. Moritz: Carcinom des Kehlkopfs.

Präparate einer sehr ausgebreiteten Erkrankung.

Watson Williams: Radicaloperation eines Stirnhöhlen- und Oberkieferempyems.

St. Clair Thomson: Ausgedehnte tuberculöse Laryngitis.

Seit 15 Monaten völlige Vernarbung nach galvanokaustischer Behandlung. Ein Versuch mit Sanatoriumbehandlung war ohne Erfolg gewesen; erst nach der Galvanokaustik trat Heilung ein. Nach 6maliger Anwendung derselben im Laufe von 7 Monaten war auffallende Besserung zu verzeichnen; jetzt übt Patient ohne Schwierigkeit seinen Beruf als Prediger aus.

Sir Felix Semon erwähnt einen Fall von Lupus, der 16 Jahre nach der galvanokaustischen Behandlung geheilt blieb.

St. Clair Thomson machte zahlreiche und tiefe Einstiche bis in das gesunde Gewebe; es wurden 15 Sitzungen gebraucht.



St. Clair Thomson: Ein zerlegter Schädel, an dem die Ausdehnung der Siebbeinzellen demonstrirt wird.

Man sieht, dass einige orbitale Siebbeinzellen, die sich nach aussen in die Orbita erstrecken, durch intranasale Proceduren nicht zu erreichen sind.

Westmacott ist der Ansicht, dass diese Zellen sehr wohl von der Nase aus eröffnet, drainirt und ausgespült werden können.

Lambert Lack sagt, das gelegentliche Vorkommen solcher Zellen sei kein Grund gegen die intranasale Inangriffnahme eines Siebbeinempyems. Sollte die Eiterung andauern, so würde natürlich eine Operation von aussen nothwendig werden.

William Hill plädirt für Beibehaltung der alten Bezeichnung „Frontoethmoidalzellen".

Paterson betrachtet diese Zellen als orbitale Recessus der Stirnhöhle.

Betham Robinson: Verwachsung des weichen Gaumens; Operation.

Es handelte sich um einen 17jährigen jungen Mann mit congenitaler Syphilis. Nach Ablösung des weichen Gaumens von der hinteren Pharynxwand wurden seine Ränder in eine Art Lederfutteral eingehüllt und dieses durch vier Seidenfäden in seiner Lage gehalten, von denen je einer durch jedes Nasenloch und zwei durch den Mund gingen und dann zusammengeknüpft wurden. Dieses wurde 14 Tage so gehalten. Das Resultat ist jetzt — 8 Monate nach der Operation — ausgezeichnet. Pat., der vorher fast taub war, kann wieder hören.

Lieven beschreibt einen Gummibeutel, den der Patient einführt und mit Luft aufbläht.

St. Clair Thomson: Kehlkopfzange zum Gebrauch bei der directen Laryngoskopie.

Jobson Horne: 1. Kehlkopfzange für directe Laryngoskopie.

Paterson beschreibt seine eigene Zange.

2. Kehlkopfkrebs.

Zwei Präparate, von im Jahre 1901 von Harvey ausgeführten Totalexstirpationen herrührend.

Stuart Low: 1. Fall von Nävus der Zunge bei einem 12jährigen Mädchen.

2. Fall von chronischer Stirnhöhlenerkrankung.

Es war die vordere Wand entfernt worden. Um einer Entstellung vorzubeugen, war eine Silberplatte über die Knochenlücke eingelegt worden. Die Wunde heilte per primam und die Platte ist bisher — nach einem Monat — anstandslos getragen worden.

Dundas Grant: Tumor der Zunge, möglicherweise ein Dermoid oder eine accessorische Schilddrüse.

Grosse glatte Geschwulst auf dem hinteren Theil der Zunge bei einer 23jährigen Frau, besteht seit 5 Jahren.

Creswell Baber berichtet über einen ähnlichen Fall.

Westmacott hat in der Literatur der letzten 10 Jahre keinen Fall gefunden, wo Dermoidgewebe im Ductus thyreoglossus nachgewiesen war.

Herbert Tilley: Erweichtes Gummi des Nasenflügels.

## e) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

London, 1. November 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Alexander Tweedie: Mikroskopisches Präparat von pulsirender Geschwulst der mittleren Muschel, die zu häufigem Auftreten von gefahrdrohender Epistaxis Anlass gab.

Bei dem 54jährigen Patienten sass die einem diffusen Naevus gleichende Geschwulst am unteren Rand der mittleren Muschel. Nach Abtragung der Muschel blieb Pat. gesund und frei von Blutungen.

Pegler hält den Tumor für ein pulsirendes Angiom.

Scanes Spicer hat drei oder vier Fälle gesehen, wo er den Sitz der Blutung auch an der mittleren Muschel vermuthete.

Mc. Kenzie erinnert an einen von Wyatt Wingrave im vorigen Jahr publicirten Fall von naevoider Erkrankung der mittleren Muschel, aber ohne Blutung (Journal of Laryngology).

Donelan berichtet über einen Fall von secundärer Blutung nach Abtragung der mittleren Muschel, in dem sich ihm das Ruspini'sche Stypticum (Präparat von flüchtigem Maticoöl) von Nutzen erwies.

Dan Mc. Kenzie: Parese des rechten Stimmbandes bei einem 40jährigen Mann.

Pat., ein Sänger, empfand zuerst vor einigen Monaten Schwierigkeiten beim Singen hoher Töne. Man fand einige Beschränkung der Bewegungen des rechten Stimmbandes. Mittels X-Strahlen ergaben sich Zeichen von fibröser Veränderung in beiden Lungenspitzen.

In der Discussion (Furniss Potter, Clayton Fox, Nourse u. A.) finden die einen, dass das Stimmband sich normal bewegt, während die anderen gewisse Bewegungsbeschränkung zugeben.

II. Fistulöse Oeffnung in der Mittellinie des Halses, gerade über dem Zungenbein.

Pat., eine 39jährige Frau, hat an dieser Stelle, solange sie denken kann, eine Erhöhung: seit einem Jahr bestehen Schmerzen und eine wässerige Flüssigkeit wird abgesondert. Eine strangartige Schwellung, die nach hinten und oben zur Zungenbasis führt, ist fühlbar.

Watson Williams hält einen persistirenden Ductus thyreo-glossus vorliegend.

De Santi hält es für eine thyreo-glossale Cyste und empfiehlt Freilegung des Fistelganges.

Dundas Grant meint, der Fall weiche in Manchem von den typischen Fällen von Ductus thyreo-glossus ab; so besteht eine — bisher nicht erklärte — Schwellung unter dem Kinn.

St. Clair Thomson empfiehlt Spaltung des Zungenbeins.

Dundas Grant weist darauf hin, dass in solchen Fällen die Elektrolyse nicht zu verachten sei; er berichtet über einen Fall.

F. A. Rose: Hühnerknochen fast 48 Stunden im Kehlkopf eingekeilt.

Der Knochen wurde von einem 19jährigen Mädchen aspirirt; er lag in der Mittellinie, das eine Ende oberhalb, das andere unterhalb der Stimmbänder.

Harold Barwell: Fall von extremer Form von Septumverbiegung.

B. fragt an, wie die hochgradige S-förmige Verbiegung am Besten zu operiren sei.

Dundas Grant räth zur submucösen Resection.

Scanes Spicer und De Santi halten Operation für unnöthig.

Barwell: Fall eines Mannes, der vor 33 Monaten wegen tuberculöser Laryngitis thyreotomirt wurde.

23jähriger Mann, mit geringen Symptomen von Lungenerkrankung. Tuberkelbacillen nicht gefunden. Die Ventrikelschleimhaut war stark infiltrirt und verdeckte die Stimmlippen; es wurde die Thyreotomie gemacht, die erkrankten Theile ausgeschnitten, der Larynx ausgekratzt und mit Milchsäure geätzt. Der Kehlkopf wurde geheilt, auch eine Fistel, die zuerst bestanden hatte, ist jetzt geschlossen. Vorher hatte 15 Monate lang Aphonie bestanden.

de Havilland Hall, Horne und Barwell betonen die in solchen Fällen durch Sanatoriumbehandlung und Schweigecur erzielten glänzenden Erfolge.

Tilley und Hill führen Fälle von Thyreotomie bei Kehlkopftuberculose an.

Pegler: Fall von Stimmbandtumor.

Man stimmt darin überein, dass es sich um ein ödematöses Fibrom handelt.

St. Clair Thomson: Ausgedehnte Kehlkopftuberculose bei einer 40jährigen Frau, völlig vernarbt nach Galvanokaustik und Tracheotomie.

Potter: Tumor aus dem Nasenrachen eines 11jährigen Mädchens 15 Wochen nach Operation von adenoiden Wucherungen entfernt.

Abercrombie: Weitere Bemerkungen zu einem Fall von ausgedehnter Zellgewebsentzündung auf der rechten Halsseite (vorgestellt Januar und Februar 1907).

Es stellte sich heraus, dass die Epiglottis carcinomatös erkrankt war; die rechte Hälfte wurde entfernt.

De Santi meint, es handle sich um eine septische Infection der secundär nach maligner Erkrankung der Epiglottis carcinomatös infiltrirten Halsdrüsen.



Peters: Functionelle Parese des Gaumensegels und der Stimmbänder bei einer 23jährigen Frau.

Es bestand Tachycardie und Struma. Bei der Phonation trat keine Annäherung der Stimmlippen ein und das Gaumensegel bewegte sich nicht.

Frederic Spicer: Kehlkopferkrankung bei einem 40jährigen Mann.

Diagnose schwankt zwischen Syphilis und Tuberculose.

Scanes Spicer: Kehlkopferkranknng bei einem 28jährigen Mann (Fall zur Diagnose).

Clayton Fox: Anosmie, Trockenheit und Borkenbildung in der Nase bei einer 30jährigen Frau.

St. Clair Thomson: Resultate der doppelseitigen Stirnhöhlenoperation.

Vergleich zwischen der Killian'schen Operation und der Ogston-Luc'schen.

Jobson Horne: Fall von symmetrischer Neubildung an den Stimmbändern.

Seit der Kindheit besteht bei der 27jährigen Frau Heiserkeit. Von einem anderen Operateur war ein Tumor vom hinteren Drittel der linken Stimmlippe entfernt worden. Eine ähnliche Geschwulst sass auf dem entsprechenden Theil der rechten Stimmlippe.

Jobson Horne: Diffuse gummöse Infiltration der linken Nasenhälfte.

Rasche Besserung unter Hg.

Tilley: Fall von Nasensyphilis.

Acute septische Infection, die zu einer syphilitischen Affection hinzukommt.

Sitzung vom 6. December 1907.

Vorsitzender J. B. Ball.

Bericht der Geschwulstcommission.

Alexander Tweedie: Pulsirende Geschwulst der mittleren Muschel (November 1907).

Adenom; ein Theil der Geschwulst zeigt actives Wachsthum, ein Theil weist ausgesprochene Dilatation der Acini auf.

Potter: Fall von Atresie des Nasenrachens.

Es handelt sich um eine Narbenstenose; es wird die Frage der Operation erörtert.

Tilley: Narbenband im Kehlkopf.

Das Narbenband befand sich in der Gegend des linken Taschenbandes. Es handelte sich um tertiäre Syphilis.



Arthur Evans: Präparat von Kehlkopflepra.

Ausgesprochene Atresie des Vestibulum laryngis.

Tilley: Congestion des rechten Stimmbandes.

Sir Felix Semon sagt, dass Fälle von einseitiger chronischer Laryngitis sich gelegentlich ohne Zusammenhang mit Syphilis, Tuberculose oder Neubildung vorfinden.

Barwell: Symmetrische Knoten an den Stimmbändern eines 9jährigen Knaben.

Seit 2 Monaten Heiserkeit.

Tilley berichtet über einen ähnlichen Fall bei einem 11 jährigen Knaben.

Clayton Fox vermuthet, dass diese jugendlichen Fälle auf das Vorhandensein von Resten der in der vorderen Commissur während des Embryonallebens vorhandenen Falte zurüchzuführen sei.

Sir Felix Semon hält diese Annahme für möglicherweise zutreffend. Einseitige Knötchenbildung im Kindesalter sei nicht ungewöhnlich und verschwinde in vielen Fällen während der Pubertät.

Lawrence Jones: Gummi des Kehlkopfs.

Es war unter Anwendung von Jodkali Erweichung des Gummis eingetreten; unter Injectionen von Hydrarg. benzoic. trat Besserung ein. Die Fluctuation verschwand im Laufe von 7 Tagen.

Stuart Low sah eine Heilung eines Gummis eintreten unter Anwendung von Antistreptokokkenserum.

Arthur Hutchinson: Doppelseitiges Sarkom des Oberkiefers.

15jähriger Knabe, bei dem seit 3 Jahren Nasenverstopfung besteht mit Deformation des Gesichts. In den letzten 2 Jahren hat sich der Zustand nur sehr wenig geändert. Es besteht eine bilaterale symmetrische harte Schwellung der Fossa canicae, Vereiterung des Alveolarfortsatzes und Depression der rechten Gaumenseite. Die Nebenhöhlen sind völlig verstopft und es ist eine mucopurulente Absonderung vorhanden. Durchleuchtung giebt Verdunkelung. Pathologische Diagnose: Spindelzellensarkom.

De Santi betrachtet den Fall, trotz der im Schnitt gefundenen sarkomatösen Elemente, für ein diffuses Osteom.

Jobson Horne spricht über unsere verhältnissmässig lückenhafte Kenntnisse betreffs der mikroskopischen Diagnose des Sarkoms.

Er hält den vorliegenden Fall für keinen malignen. Er verweist auf einen ähnlichen im St. Thomas-Hospiial befindlichen Schädel. Möglicherweise spiele eine intranasale Infection eine ätiologische Rolle.

Scanes Spicer verhält sich gleichfalls skeptisch gegenüber der Diagnose Sarkom. Viele Fälle verlaufen günstig nach verhältnissmässig kleineren Operationen.

Smurthwaite hat einen ähnlichen, jedoch einseitigeu Fall bei einem Kinde gesehen. Er glaubt, dass es sich hier um eine Leontiasis ossium handle.

Whitehead hat einen gleichen Fall bei einem 11jährigen Kinde beobachtet. Die Geschwülste wüchsen nur proportional dem Wachsthum des Gesichts.

Watson Williams: Fall von Kehlkopfgeschwür (zur Diagnose).

Horsford: 1. Fibrom des Stimmbandes.

2. Neues Instrument zur Erleichterung der intralaryngealen Operationen.

Ein Nadelhalter, mittels dessen ein Faden durch die Epiglottis gezogen wird, um diese aus dem Gesichtsfeld zu räumen.

Chichele Nourse: Doppelseitige Stirnhöhleneiterung nach der Operation.

Gutes Resultat nach der Ogston-Luc'schen Operation.

Parker und Pegler: Zwei Fälle von blutenden Septumpolypen.

In beiden Fällen gingen die Symptome der Rhinitis sicca dem Auftreten der Geschwulst voraus; in dem einen bestand eine Deformation. In beiden Fällen sass die Geschwulst am Locus Kiesselbach.

Pegler: Adenom des Stimmbandes.

Dundas Grant: 1. Epitheliom der linken Tonsille, der Gaumenbögen und der Uvula.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

2. Chronische Oberkieferhöhleneiterung durch Operation vom unteren Nasengang behandelt.

Eröffnung mit Onodi's Instrument. Gutes Resultat.

Watson Williams spricht zu Gunsten der Operation von aussen.

Parker bevorzugt die intranasale Methode mit gutem Erfolge.

St. Clair Thompson spricht über die Vorzüge der Operation von aussen, besonders dass diese einen leichten Zugang zum Siebbein gestatte.

Ball fand bei der Operation eines vorher intranasal operirten Falles ein nekrotisches Knochenstück in der Höhle, das wahrscheinlich bei der vorhergehenden Operation hineingefallen war.

E. B. Waggett.

### f) Société Parisienne de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Sitzung vom 10. Januar 1908.

Vorsitzender: Mounier.

Cornet: Ueber die Möglichkeit der Bedeutung von Autointoxicationen, speciell der gastrointestinalen Autointoxication für die Aetiologie von gewissen Ohren-, Nasen- und Halsaffectionen.

C. hat häufig bei chronischen congestiven Zuständen der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut gastrointestinale Autointoxicationen angetroffen und dadurch, dass er diese zum Verschwinden brachte, auch jene geheilt.



Cauzard erinnert daran, dass Jacquet Fälle mitgeteilt hat, wo eine Hydrorrhoea nasalis durch Diät zum Verschwinden gebracht wurde.

Mounier hat bereits in einer früheren Arbeit auf den Zusammenhang zwischen Autointoxication und Coryza hingewiesen.

Glover: Rechtsseitige Recurrenslähmung; Aneurysma des horizontalen Teiles des Aortenbogens.

Den plötzlichen Tod, der ohne Zerreissung des Aneurysmas eintrat, erklärt G. durch Veränderungen im N. phrenicus.

Guisez: Anwendung des Chloräthyls in sehr kleinen und fractionirten Dosen mittelst des Decolland'schen Apparates.

G. benutzt den Apparat seit einem Jahre zu grosser Zufriedenheit.

Mahu hält den Apparat für die Zwecke des Laryngologen für zu umständlich und empfiehlt die Maske von Camus.

Colimet: Sporotrichose des Kehlkopfes.

Es handelt sich um einen bereits von Beuermann, Brodier und Gaston in der Société médicale des hôpitaux vorgestellten Fall, in dem sehr reichliche Wucherungen auf der Epiglottis, den Aryknorpeln, den ary-epiglottischen Falten, den Taschenbändern vorhanden waren. Unter Jodbehandlung gingen die Wucherungen allmählich zurück.

Lombard: Grosses Osteom des Siebbeins auf para-nasalem Wege entfernt.

19 jähriger Mann. Erscheinungen linksseitigen Stirnhöhlenempyems mit Fistelbildung im inneren Augenwinkel. Völlige Nasenverstopfung, allmählich zunehmende Deformation des Gesichts. Es wurde eine Incision von der Mitte der Augenbraue bis zum Nasenflügel gemacht, ein Lappen gebildet, die Apertura pyriformis erweitert und die Oberkieferhöhle eröffnet, der Tumor, der gestielt dem Siebbein aufsass, entfernt. Heilung.

Perez: Bakterioskopie, Aetiologie und Prophylaxe der Ozaena.

Verf. hat einen Coccobacillus isolirt, der, in die Ohrvene von Kaninchen inoculirt, Anlass zu Schnupfen mit allmählicher Atrophie der Muscheln giebt. Dieser Bacillus existirt nur beim Hunde. P. führt 35 Fälle an von Uebertragung der Ozaena vom Hund auf den Menschen. A. Cartaz.

---

## IV. Briefkasten.

### Personalnachrichten.

Prof. Kümmel hat die Leitung der Heidelberger laryngologischen Klinik, welche der dortigen otologischen Klinik angegliedert worden ist, übernommen.

---

Generalarzt Dr. Landgraf, unser verehrter früherer Mitarbeiter, hat den Preussischen Kronenorden zweiter Klasse erhalten.

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, März. 1909. No. 3.

## I. Referate.

### a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **M. Grossmann. Leopold Schrötter Ritter von Kristelli.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 5. 1908.*

Nachruf auf v. Schrötter. HECHT.

2) **A. Passow** (Berlin). **Otologie und Laryngologie.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 250. 1908.*

In diesem Vortrage, der bereits in den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft 1908, S. 19 erschienen ist, spricht P. für die Vereinigung der beiden Specialfächer. OPPIKOFER.

3) **Trétrôp** (Antwerpen). **Die Bekämpfung des Charlatanismus auf oto-rhino-laryngologischem Gebiete. (La répression du charlatanisme en matière d'oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1908.*

An den auf dem internationalen Congress von Bordeaux anno 1904 gestellten und angenommenen Antrag erinnernd, schlägt der Autor mit Hinweis auf die bekannten auf Täuschung der Tauben berechneten Kniffe vor, dass man von jetzt an in jeder wissenschaftlichen Gesellschaft, belgischen, französischen, österreichischen, holländischen, deutschen, italienischen etc. eine permanente Commission einsetze als „Internationale Commission zur Bekämpfung des Charlatanismus", mit der Aufgabe, die besten Mittel und Wege für diesen Kampf zu studiren, und derselben die nöthige Macht und Credit zu gewähren, um nicht auf blosse Wünsche angewiesen zu sein, sondern practisch diese realisiren zu können. PARMENTIER.

4) **H. P. Mosher. Tuberculose der Nase, der Mundhöhle und des Rachens. (Tuberculosis of the nose, mouth and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Die Arbeit ist nach einem auf dem Internationalen Tuberculosecongress Washington (21. Sept. bis 12. Oct. 1908) gehaltenen Referat angefertigt. Verf. bespricht ausführlich das Symptomenbild, die Diagnose, besonders auch die Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis. LEFFERTS.





5) **Hennebert. Schwere Ohr- und Halscomplicationen im Verlaufe eines Scharlachs. (Complications otiques et pharyngées graves au cours d'une scarlatine.)** *La Presse méd. belge. No. 44. 1908.*

In der medico-chir. Gesellschaft von Brabant berichtet H. über einen 7jähr. Knaben, bei welchem als Complication zu schweren anderen Erscheinungen von Seiten des Schläfen-Warzenfortsatzes und Felsenbeins ein Retropharyngealabscess auf der dem erkrankten Ohr entgegengesetzten Seite mit hoher Temperatursteigerung bis zu 41° auftrat, die nach Eröffnung des Abscesses sofort wieder fiel und den Verlauf der Affection nicht weiter beeinflusste.

BAYER.

6) **Gandier** (Lille). **Ueber die Bier'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie. (De la méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 5. 1908.*

Das Resultat dieser auf persönlichen Beobachtungen beruhenden Studie ist für die Bier'sche Methode günstig. G. rühmt deren schmerzstillende und umstimmende Eigenschaften bei Larynxtuberculose, acuten Amygdalitiden und solchen mit Abscessbildung, bei gewöhnlichem Schnupfen, desgleichen bei der Ohrfurunkulose.

Ihr Einfluss kommt weniger zur Geltung bei den acuten Sinusitiden, den acuten Otitiden und Mastoiditiden. Nach seinem Dafürhalten ist mit Ausnahme gewisser specieller Fälle die Hyperämie mit elastischem Bande dem Gebrauch des mehr entleerenden als hyperämisirenden Saugapparates vorzuziehen.

PARMENTIER.

7) **Mahu** (Paris). **Anwendung des selbsthaltenden Zungenspatels in der Laryngologie. (Emploi de l'abaisse-langue autostatique en Laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 6. 1908.*

Dieser Apparat verspricht in vielen Fällen unserer Specialität gute Dienste zu leisten, da wo der Ausfall der linken Hand, die den Zungenspatel zu halten hat, sich dem Operateur am meisten bemerklich macht. Der Apparat ist die Combination eines Zungenspatels mit einem Mundsperrer nach Art des von Doyen. Derselbe ist wenig complicirt, stark und bleibt gut sitzen.

PARMENTIER.

8) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Die directe Bronchoskopie und Oesophagoskopie mit besonderer Rücksicht auf die in die Speiseröhre und oberen Luftwege gelangten Fremdkörper.** *Orvosi Hetilap. No. 49. 1908.*

Folgende Fälle werden mitgetheilt: Entfernung eines Geldstückes von Dreimarkstückgrösse aus dem Eingange der Speiseröhre eines 7 Jahre alten Mädchens in der Chloroformnarkose. Entfernung eines künstlichen Gebisses aus der Speiseröhre, 19 cm weit von der oberen Zahnreihe. Entfernung eines Theiles einer Hammelrippe, welche 22 cm tief in der Speiseröhre eingekeilt lag. Ein Geflügelwirbel ist aus dem Eingange der Speiseröhre extrahirt worden. In 4 Fällen von Oesophagusstrictur nach KHO-Vergiftung sind Fleischstücke aus der Tiefe zwischen 20—40 cm entfernt worden. Zum Schlusse hat Verf. einen Fremdkörper aus der Luftröhre entfernt: ein 6 Jahre altes Mädchen hat einen Kürbiskern aspirirt, nach Einführung

des 5 mm weiten Rohres packte v. G. den Kern und zog ihn gleichzeitig mit der Röhre zurück.

v. NAVRATIL-POLYAK.

9) **T. H. Halstead. Die Anwendung des Bronchoskops, Oesophagoskops und Gastroskops. (The use of the bronchoscope, oesophagoscope and gastroscope.)** *N. Y. Medical Journal. 15. August 1908.*

Verf. berichtet über die Anwendung der direkten Untersuchungsmethoden in 14 Fällen. Er rühmt die Nützlichkeit der Methode nicht nur für die Entdeckung von Fremdkörpern, sondern auch für Diagnose und Behandlung sonstiger Erkrankungen der Trachea, Bronchien und des Oesophagus. Mittels der Gastroskopie ist es möglich, zwei Drittel bis drei Viertel der Magenwandung, in vielen Fällen auch den Pylorus zu besichtigen, letzteren zu sondiren, Ulcerationen local zu behandeln, Probestücke von Geschwülsten zu entnehmen etc.

LEFFERTS.

10) **De Witt Shettin. Die moderne Anwendung der allgemeinen Anästhesie in der Chirurgie der Mundhöhle, Nase und des Pharynx. (The modern administration of general anaesthesia in mouth, nose and pharynx surgery.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Verf. bespricht den Werth und die Technik der peroralen und der nasalen Tubage des Pharynx und der Kehlkopfintubation für die allgemeine Narkose.

LEFFERTS.

11) **Du Bois** (Genève). **Zwei neue Fälle von durch Röntgenstrahlen geheiltem Lupus tuberculosus. (Deux cas de lupus tuberculeux du nez, guéris par les rayons X.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 14. 1908.*

Frühere Fälle zeigten nach der Behandlung störende Telangiektasien. Nun wurden Strahlen von eindringenderer härterer Qualität No. 5 und 6 des Radiochronometers nur alle acht Tage angewandt, worauf bei einem Mann mit starkem Lupus der Nasenspitze und bei einer ähnlich erkrankten jungen Dame ohne jegliche Telangiektasie dauerhafte Heilungen mit weichen schönen Narben erzielt wurden. Beide Patienten stammen aus tuberculösen Familien. Im ersten Falle wurde in 18 Monaten und 30 Sitzungen zu 3 H. 93 H., bei letzterer in 38 Sitzungen zu 3 H. 117 H. verbraucht.

Verf. schliesst, dass die Behandlung mit Röntgenstrahlen neben, wenn nicht über Finsen zu stellen sei. Finsen hält er für besser geeignet bei stark lupösen Flächen, die für einen wirksamen Druck resistent genug sind, während er Röntgen bei sich rasch entwickelnden kleinen Lupusformen vorzieht und kleinere aber häufigere Dosen giebt.

JONQUIÈRE.

12) **L. Grünwald** (Bad Reichenhall-München). **Watte- und Gazekästchen für den Sprechzimmergebrauch.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Das in der Arbeit abgebildete Kästchen dient mit seinen vier getrennten Räumen zur Aufnahme der seiner Zeit von S. angegebenen Schachteln mit Penghawar Djambi zur Blutstillung sowie Vioformgazestreifen. Die beiden oberen Fächer münden vorne in je einen, durch eine aufstellbare lange Klappe verschlossenen

Schlitz und enthalten eine mit randgewebten Gazestreifen von 2,8 cm Breite und 10 m Länge belegte Papierrolle, sowie eine ebensolche mit je 5 cm breiten, kurzen Wattestreifen versehene.

Das Kästchen ist von der Firma Hermann Katsch, München ohne Füllung für 18 M., mit Füllnng für 20 M. zu beziehen.

HECHT.

13) **P. Zanotti. Ein neuer aseptischer, auseinanderzunehmender Insufflator für Kehlkopf, Nase, Nasenrachen und Mundhöhle. (Un nuovo insufflatore aseptico scomponibile per la laringe, il naso, la cavità nasofaringea e la cavità boccale.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. VI. 1908.*

Beschreibung des von Eiselt in Gablonz angegebenen Pulverbläsers, der von Franz Ulrich (Kukau, Böhmen) fabricirt wird und über den in der Prager med. Wochenschrift, No. 10, 1908, eine Mittheilung steht.

FINDER.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Hugo Löwy** (Karlsbad). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1908.*

L. empfiehlt Protargolbehandlung und zwar täglich ein bis mehrmals Application von stark mit 10 proc. Lösung imbibirten Wattetampons in die Gegend des vorderen Theiles der mittleren Muschel; nach einigen Minuten werden die Tampons wieder entfernt. Gleichzeitig lässt Autor Inhalationen von Menthol und Campher (4:2) mehrmals täglich 5—10 Minuten durch die Nase vornehmen. Die vom Verf. gewählte einfache Inhalationsmethode wird genau beschrieben und anschliessend entsprechende Allgemeinbehandlung und Prophylaxe erörtert.

HECHT.

15) **Chr. Schmidt** (Chur). **Zur Therapie der acuten Katarrhe der Nase und des Rachens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Empfehlung des von der Gesellschaft „Wolo" in Zürich hergestellten „Coryzol", einer Combination von Ol. Eukalypti mit einem Formalinpräparat. Von dieser Emulsion werden 15—20 Tropfen auf das Taschentuch gesprengt und tief durch die Nase inhalirt. Die Wirkung ist prompt; der Schnupfen wird, wenn auch nicht immer coupirt, so doch bedeutend abgekürzt und wesentlich erleichtert.

HECHT.

16) **F. Stirnimann** (Luzern). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens. Bemerkung zur Arbeit von Dr. Löwy in der Münch. med. Wochenschr. No. 29.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Dem Autor gelang es stets bei 2stündiger 4—5maliger Inhalation von 3—4 in der Hohlhand verriebenen Lysoformtropfen seine Coryza zu coupiren. Die Wirkung beruht auf dem aus dem Lysoform sich entwickelnden Formalin. Das Verfahren ist zwar etwas schmerzhaft, dadurch, dass im Momente der Einwirkung der Formalindämpfe ein stark brennender Schmerz entsteht, dem sich eine abundante Secretion der Nase und Pharynx anschliesst, ist aber in seiner Wirkung ausgezeichnet. Es empfiehlt sich als Abortivkur für die Umgebung von Säuglingen, für die der grippale Schnupfen eine ernste Gefahr bedeutet, sowohl in bezug auf

Complicationen, als besonders auf die Ernährung, insbesondere für Kinderärzte. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. HECHT.

17) P. Hybord. **Ueber den Schnupfen beim Neugeborenen. (Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau-né.)** *Dissert. Paris 1907.*

Unter Beifügen von zahlreichen Krankengeschichten bespricht H. die verschiedenen Formen und den verschiedenartigen Verlauf der Rhinitis beim Neugeborenen. Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. OPPIKOFER.

18) Hartscheff. **Ueber Ozaena; Aetiologie, Bakteriologie. (De l'ozène; étiologie, bactériologie.)** *Thèse de Toulouse. 1907.*

Nichts Neues. BRINDEL.

19) Joseph C. Beck. **Atrophische Rhinitis; Aetiologie und Behandlung. (Atrophic rhinitis; etiology and treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Verf. schliesst, dass man zwar häufig atrophische Rhinitis bei Sinuserkrankungen findet, dass diese aber nicht die Ursache jener sein kann, da man Sinusaffectionen auch so oft bei Hypertrophie der Schleimhaut findet. Die günstigen Resultate der Localbehandlung (Bier'sche Stauung, Paraffininjectionen, Massage etc.) beruhen auf der Erzeugung einer Hyperämie und Leukocytose und dadurch bedingte Umstimmung der Gewebe, möglicherweise auch in einer Restitution der Drüsen, der normalen Schleimhaut und selbst erectilen Gewebes.

EMIL MAYER.

20) W. A. Weightman. **Massage der unteren Muscheln bei atrophischer Rhinitis. (Massage of inferior turbinates in atrophic rhinitis.)** *The Postgraduate. August 1907.*

Verf. berichtet 4 Fälle. Die Patienten wurden angewiesen, dreimal am Tage die Nase gründlich mittels eines Sprays von Dobell'scher Lösung zu reinigen und mindestens eine halbe Stunde nach dem Gebrauch noch zu Hause bleiben. Die unteren Muscheln wurden zweimal wöchentlich mit einem an einer Sonde befestigten und in der Lösung getränkten Wattebausch massirt. Erhebliche Besserung im Laufe eines Monats. Die Schleimhaut näherte sich dem normalen Aussehen, das Riechvermögen kehrte zurück. Kleine innerlich gegebene Dosen von Jodkali scheinen die Behandlung zu unterstützen. EMIL MAYER.

21) Caboche. **Die Ozaena eine larvirte Form der Tuberculose. (L'ozène forme larvée de la tuberculose.)** *Annales des mal. de l'oreille. September 1907.*

Die Beziehungen zwischen Ozaena und Tuberculose sind lange bekannt; man nimmt an, dass durch die Ozaena das Entstehen der Tuberculose begünstigt wird. C. geht weiter und nimmt an, dass die Ozaena selbst eine Tuberculose sei. Unter 39 Ozaenakranken hatten 16 tuberculöse Antecedentien. Versuche, durch Ueberimpfung von Fragmenten ozaenakranker unterer Muscheln auf Thiere Tuberculose zu erzeugen, fielen negativ aus. BRINDEL.

22) **Clement F. Theisen. Eine Betrachtung über die Herdtheorie als eines ätiologischen Factors bei Ozaena. (A consideration of the „Herd" theory as an etiological factor in ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. sieht in der Herdtheorie die beste Erklärung für einen grossen Procentsatz der Fälle. Für die Herstammung des oft massenhaften Secretes lässt sich keine genügende Quelle angeben; denn in ausgesprochenen Fällen von Atrophie sind die Drüsen zu Grunde gegangen. EMIL MAYER.

23) **Robert C. Myles. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis, einschliesslich der Ozaena. (The treatment of atrophic rhinitis including ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. hält für die Ursache der Erkrankung eine Infection, die nur vor dem Pubertätsalter auf der Schleimhaut einen geeigneten Boden findet. Die Patienten sollen vor allen Dingen angehalten werden, das Secret zu entfernen, bevor es zur Borkenbildung kommt. Bei nachweisbaren Sinuserkrankungen sollen diese operirt werden. EMIL MAYER.

24) **George L. Richards. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The treatment of atrophic rhinitis.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es soll in jedem Fall nach sorgfältiger Reinigung der Nasenschleimhaut von anhaftenden Borken und Secret auf etwa bestehende Nebenhöhlenerkrankungen gefahndet werden. Verf. hat solche nur selten bei atrophischer Rhinitis angetroffen. Es wird Ichthyol oder Jod oder eine milde Silberlösung local applicirt. Der Patient spült sich täglich mehrere Male die Nase mit einer schwachen alkalischen Lösung aus. Innerlich werden Tonica gegeben. Unter dieser Behandlung hört die Borkenbildung auf und der Patient fühlt sich viel wohler. LEFFERTS.

25) **Clarence C. Rice. Atrophische Rhinitis und Ozaena. (Atrophic rhinitis and ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die erregende Ursache ein Mikroorganismus ist; als prädisponirend kommen Heredität und eine angeborene Schwäche der Schleimhaut in Betracht. Zu den zahlreichen Störungen, die zur Entstehung einer atrophischen Rhinitis beitragen, ist in erster Linie eine doppelseitige Sinusitis mit Influenza zu rechnen. Dazu kommen ferner ungünstige hygienische Lebensbedingungen. EMIL MAYER.

26) **D. Braden Kyle. Die Pathologie der atrophischen Rhinitis und Ozaena. (The pathology of atrophic rhinitis with ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es giebt sowohl für die Atrophie der Schleimhaut, wie für den Fötor keinen einheitlichen ätiologischen Factor. Es kann primär oder secundär zu der Atrophie eine Sinuserkrankung sich hinzugesellen, es kann ein atrophischer Zustand auf eine einfache chronische Entzündung folgen, es kann sich um eine Folge von mangelhafter Ernährung aus anderen Ursachen oder schliesslich um wirklichen atrophischen Zustand handeln. Verf. erkennt keine specifischen Bacterien für die Erkrankung an. EMIL MAYER.

27) **Lantmann** (Paris). **Ist die gemeine Ozaena eine Infectionskrankheit?** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 421. 1908.*

L. bezweifelt, dass der von Perez gefundene „Coccobacillus foetidus ozaenae" Ursache der Ozaena sei. Nach der Beschreibung, die Perez selbst über seinen Bacillus giebt, besteht nach L. kein wesentlicher Unterschied (im Culturverhalten, in den Wachsthumsbedingungen, in der Färbbarkeit nach Gram) zwischen dem Perez'schen Coccobacillus und dem Abel'schen Bacillus, der ja heute nicht mehr als Erreger der Ozaena angesehen wird. Auch ist es sehr merkwürdig, dass der Coccobacillus von Perez, in die Ohrvene des Kaninchens injicirt, sich einzig und allein auf die Schleimhaut der Nase und sogar speciell auf die untere Muschel localisirt, wenigstens ist in der ganzen Bakteriologie kein einziger Mikrobe bekannt, der ein solches elektives Vermögen besitzen würde. Wenn Perez häufig Ozaena in ein und derselben Familie findet, so ist damit noch nicht erwiesen, dass eine Infection vorliegt.

OPPIKOFER.

28) **M. Steiner** (Budapest). **Die Entwicklung der Lehre von der Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1908.*

Verf. berichtet über die Untersuchung von 34 Fällen, welche er auf der v. Navratil'schen Klinik ausführte. Er fand, dass die Ozaena vorwiegend bei Frauen vorkommt und in 53 pCt. der Fälle schwere und charakteristische Veränderungen des Gesichtstypus vorhanden sind. Die Atrophie der mittleren Muscheln ist kein charakteristisches Symptom, dagegen ist die Atrophie der unteren Muscheln sehr häufig. In 12 Fällen war bei den Kranken oder ihren nächsten Angehörigen Tuberculose, Lues und Skrophulose nachweisbar. Nebenhöhleneiterung war 5 mal vorhanden. Verf. unterscheidet 4 Formen der Ozaena: 1. Die Fränkel'sche Form, welche wahrscheinlich congenital ist, 2. die rein mechanisch entstandene Form in Folge von Druck oder Dilatation, 3. Die Grünwald'sche Form in Folge von Nebenhöhlen- oder Herdeiterungen, 4. zu letzteren gehört die durch luetische Knochenprocesse verursachte Form.

v. NAVRATIL-POLYAK.

29) **L. Wolff** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Beziehung der Rhinitis chron. atroph. zur Diphtherie. Versuch der therapeutischen Verwerthbarkeit der Pyocyanase bei Ozaena.** *Med. Klinik. 33. 1908.*

Bei dem auffallend häufigen Vorkommen echter Diphtheriebacillen bei der genuinen Ozaena glaubte W. einen Versuch mit Pyocyanase zur Behandlung der Ozaena machen zu sollen, umsomehr als dieses Mittel nicht nur Diphtheriebacillen, sondern alle möglichen anderen Bacillen und Kokken (deren Reichthum in der Ozaenanase sehr gross ist) zu vernichten imstande ist. Es ergab sich, dass zwar eine Besserung der Ozaena während der Pyocyanasebehandlung zu erzielen war, dass aber die Diphtheriebacillen in jenen Fällen, wo sie vorher nachweisbar waren, auch nach der Anwendung nicht verschwanden.

SEIFERT.

30) **F. A. Rose. Membranöse Rhinitis. (Membranous rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Februar 1908.*

Verf. meint, Kinder mit membranöser Rhinitis müssen isolirt werden, wie wenn es sich um wahre Diphtherie handle und müssen Antitoxininjectionen erhalten.

Gewaltsame Entfernung der Membranen ist zu widerrathen. Obwohl es sich um eine milde Form der Diphtherie handle und die Affection als solche zu behandeln sei, könne durch Uebertragung auf andere Personen keine schwere Diphtherie, sondern nur eine gleiche Rhinitis oder eine Angina mit kleinen Exsudatflecken entstehen.

LEFFERTS.

31) Le Cousse. **Die hypertrophische Coryza; ihre Behandlung. (Le coryza hypertrophique; son traitement.)** *Thèse de Bordeaux. 1908.*

Als gebräuchlichste Behandlungsmethode wird die Conchotomie angeführt.

BRINDEL.

32) Thooris. **Beobachtung eines Todesfalls nach Cauterisation der unteren Muscheln. (Observation d'un cas de mort consécutif à une cauterisation des cornets inférieurs.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 2. 11. Januar 1908.*

Am 18. Tage nach der Cauterisation trat eine Blutung aus der unteren Muschel auf. Wiederholte Tamponade der Nasenhöhlen verhinderte nicht das Auftreten neuer Blutungen; zwei Tage später erfolgte der Exitus.

BRINDEL.

33) C. P. Linhard. **Eine submucöse Operation zur Verkleinerung hypertrophischer Muscheln. (A submucous operation for the reduction of hypertrophied turbinals.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Die Operation, deren Technik genau beschrieben wird, beruht darauf, dass durch submucöse Durchtrennung der erweiterten venösen Räume und infolge nachfolgender Adhäsionen zwischen Muschelknochen und dem Gewebe eine Schrumpfung des letzteren eintritt.

EMIL MAYER.

34) F. E. Neres. **Galvanische Muschelpunction bei Hypertrophie und Schwellungszuständen in der Nase. (Voltaic turbinal puncture for the relief of intumescent and hypertrophied rhinitis.)** *Journal of the American Medical Association. 26. October 1907.*

Die positive Elektrode wird am Arm des Patienten befestigt, am negativen Leitungsdraht ist eine dünne goldene Nadel befestigt, diese wird in das vordere Ende der Muschel eingestochen, dann wird der Rheostat eingeschaltet und nach circa 15 Secunden die Nadel allmählich bis zur gewünschten Länge in den Muschelkörper eingestochen; dann bleibt die Nadel 3 Minuten lang bei 3 Milliampère an dieser Stelle. Bevor die Nadel herausgezogen wird, stellt man den Rheostaten zurück.

EMIL MAYER.

35) Bresgen. **Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung der Verschwellung des Naseninnern.** *Halle a. S. 1908.*

B. berichtet, dass er, angeregt durch die Arbeiten von Kafemann und Kuttner über die Elektrolyse, dieses Verfahren bei Verschwellungen des Naseninnern mit Erfolg überall dort angewendet habe, wo ihm eine besonders schonende Behandlung geboten schien. Zu ganz befriedigenden Resultaten ist es erst gekommen, seit er besonders lange Nadeln mit einem ganz besonders leichten Kabel (erhältlich bei Pfau, Berlin) benützt. Die mittlere Muschel ist zur elektrolytischen Behandlung nicht recht geeignet. An der unteren Muschel steigert er den Strom

allmählich auf 20—25 Milliampère, lässt ihn 8—10 Minuten durch die Doppelnadel hindurchgehen, wechselt dann den Strom und lässt ihn nochmals in gleicher Höhe die gleiche Zeit über einwirken. — Diese Ausführungen gewinnen noch besonderes Interesse, wenn man damit die Angaben der Gynäkologen vergleicht, welche bei Dymenorrhoea nasalis die Elektrolyse als besonders wirksames und besonders tiefgehendes Heilmittel der Galvanokaustik gegenüber rühmen: um diese tiefgreifende Wirkung zu erzielen, lässt der eine 10 Milliampère einige Minuten lang wirken, der andere lässt sich sogar mit Stromstärken von $1^1/_2$—2 Milliampère begnügen. — Diese Angabe allein sollte genügen, um zu beweisen, dass der Effect, welchen unsere neuen Specialcollegen erreichen, nicht somatischer, sondern nur psychischer Natur sein kann.

A. KUTTNER.

36) **Elemir von Tövölgyi** (Budapest). **Ein neues Operationsverfahren bei Hypertrophie der Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. p. 363.*

Eine besondere Handstellung, welche Verf. durch Beschreibung und Abbildung zu veranschaulichen sucht, ermöglicht es ihm, mit wenigen Schnitten der geraden Scheere in einfacher Weise jede Muschel abzutragen.

F. KLEMPERER.

37) **James F. Leys. Rhinopharyngitis mutilans (destructive ulcerirende Rhinopharyngitis); ein Problem der Tropenpathologie. (Rhinopharyngitis mutilans [destructive ulcerous rhinopharyngitis]; a problem in tropical pathology.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1907.*

Verf. weist auf die Häufigkeit der Affection in gewissen Gegenden hin: in Guam 1—$1^1/_2$ pCt., im Dominicadistrict 3 pCt. bei manchen Völkerschaften, die ihm bekannt sind. Ein vereinzelter Fall der Art in Europa würde wahrscheinlich für Tuberculose oder tertiäre Syphilis gehalten werden. Die Krankheit scheint infectiöser Natur zu sein: sie scheint local, nicht constitutionell zu sein und zwar vermuthet Verf., dass sie eine Pilzkrankheit sei. Die serpiginöse und destruirende Geschwürsbildung des Nasenrachens ist gewöhnlich begrenzt und hat keinen Einfluss auf das Allgemeinbefinden.

Die Erkrankung beginnt in den Weichtheilen, geht später aber auch auf den Gaumenknochen und das Nasenseptum über und zerstört diese schliesslich ganz. In diesem Stadium macht die Krankheit gewöhnlich von selbst Halt; das Septum ist dann meist verloren gegangen, der Nasenboden eingesunken, Nase und Mundhöhle bilden eine grosse Höhle. Verf. glaubt nicht, dass die Krankheit eine Späterscheinung irgend einer constitutionellen Erkrankung sei.

LEFFERTS.

38) **M. Mich. Wolf** (Würzburg). **Ueber seltene Localisation von Mycosis leptothricia (Nasenrachenraum).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 512. 1907.*

Beschreibung eines Falles von Mycosis leptothricia des Nasenrachens (mit Abbildung). Die Behandlung mit Lugol'scher Lösung führte ebensowenig zur Heilung wie das Curettement des Nasenrachens.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

39) Francis R. Packard. **Ophthalmologische Symptome latenter Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen. Bericht einschlägiger Fälle. (Ophthalmological manifestations of latent diseases of the nose and its accessory sinuses. Report of illustrative cases.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1907.

EMIL MAYER.

40) Rodero. **Conjunctivitis nasalen Ursprungs. (Conjunctivitis de origen nasal.)** *Boletin del Colegio de médico de Couses. August 1907.*

Nichts Neues.

TAPIA.

41) Colman W. Cutler. **Beziehungen vom Auge zur Nase nebst einigen allgemeinen Betrachtungen. (Relations of eye to nose with certain general considerations.)** *N. Y. Medical Record. 17. August 1907.*

Die allgemeinen Betrachtungen beziehen sich im Wesentlichen darauf, dass in manchen Fällen den Patienten nicht durch die Behebung der Augen- resp. Nasensymptome fundamental geholfen ist, sondern dass die Neurasthenie, die oft diesen Beschwerden zu Grunde liegt, nach allgemein klinischen Grundsätzen behandelt werden muss.

LEFFERTS.

42) O. A. Griffin. **Augensymptome nasalen Ursprungs. (Ocular symptoms of nasal origin.)** *Journal of the Medical American Association. 9. November 1907.*

Verf. bespricht die mit Nasenleiden in Zusammenhang stehenden Augenerkrankungen und weist auf die Nothwendigkeit hin, jede Augenuntersuchung durch eine Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu ergänzen.

EMIL MAYER.

43) Richard H. Johnston. **Drei Jahre andauernder Exophthalmus durch Entfernung der mittleren Muschel geheilt. (Exophthalmos of three years' duration cured by removal of the middle turbinated body.)** *The Ophthalmic Record. Juli 1908.*

Die Krankengeschichte wies auf einen Zusammenhang mit der Nase hin. Immer wenn ein acuter Schnupfen entstand, war der Exophthalmus mehr ausgesprochen; mit dem Nachlassen der „Erkältung" kehrte das Auge zu seiner früheren Stellung zurück, die aber nie ganz normal war, wie die des anderen Auges. September 1907 acquirirte Pat. eine besonders schwere Erkältung; nach ihrem Aufhören nahm der Exophthalmus jedoch nicht ab, sondern wurde im Gegentheil stärker.

Verf. rieth zur Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel, um eine leichtere Drainage der Stirnhöhle zu ermöglichen. Nach der Abtragung entleerte sich ungefähr ein halber Theelöffel grünlichen, faulig riechenden Eiters. Der Exophthalmus nahm allmählich ab und nach 6 Wochen war das Auge völlig normal.

EMIL MAYER.

44) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei sympathischer Ophthalmie.** *Med. Klinik. 18. 1908.*

Ausser einem schon früher (1888) mitgetheilten Falle von sympathischer Ophthalmie hat Z. noch zwei weitere beobachtet, in welchen die Behandlung von Nasenerkrankungen wesentliche Besserung (im ersten Falle Heilung) erzielte.

SEIFERT.

45) **Adam** (Berlin). **Ueber den Zusammenhang zwischen Auge und entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Uebersichtsreferat.

SEIFERT.

46) **W. Koster** und **P. Th. L. Kan** (Leiden). **Eine neue Behandlungsweise einiger chronischer Krankheiten der Thränenwege. (Een nieuwe behandelingswyze van eenige chronische ziekten der traanwegen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 649. 1907.*

Die Methode bezweckt eine permanente Drainage durch den Thränennasenkanal mittelst eines doppelten Seidenfadens. Die Technik ist schwierig. Der Kanal wird vom Thränenpunkt aus sondirt und durch die Hohlsonde hindurch eine äusserst feine Kupferdrahtschlinge als Mandrin hindurchgeführt. Im unteren Nasengang wird dieselbe gefasst und ein Seidenfaden an demselben befestigt und der letztere sodann nach oben durch den Canal gezogen. Auf den Backen werden dann die beiden Enden des Fadens zusammengeknüpft. Der Faden bleibt wenigstens 3—4 Wochen liegen, bei alten Stenosen und Thränensackleiden noch länger; bei Dacryoblennorrhoe und Dacryocystitis so lange, bis alle Schleimabsonderung gänzlich aufgehört hat. Der Faden wird mittelst 3proc. Chlorkalilösung regelmässig gereinigt. Eine kleine Serie Krankengeschichten illustrirt die guten Resultate der neuen Methode.

H. BURGER.

47) **J. Fejér** (Budapest). **Fall von Erweiterung des Thränennasenganges.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1908.*

Pat. ist im Stande bei zugehaltener Nase Luft durch den linken Thränennasengang zu pressen; die Luft bricht durch den Thränencanal des unteren Lides mit pfeifendem Geräusch durch. In der Nase ist eine Verbiegung der Scheidewand nach rechts und ausserdem Hypertrophie der unteren Muscheln nachweisbar.

v. NAVRATIL-POLYAK.

48) **Onodi. Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenracheus mit Augenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 20, 21, 22. 1908.*

Referat des Autors am Wiener internationalen laryngologischen Congresse April 1908.

v. NAVRATIL.

49) **A. Onodi** (Budapest). **Das Verhältniss der Nasennebenhöhlen zum Sehnerv und zu den Augennerven.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: „Szemészet". No. 2—3.*

Vier neue Präparate, welche in Verf.'s Monographie nicht mitgetheilt sind, werden diesmal demonstrirt. Die Befunde dienen zur Bestätigung zu O.'s bereits bekannten Ansichten.

v. NAVRATIL-POLYAK.

50) **M. Paunz** (Budapest). **Die rhinogene Sehnervenentzündung.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: „Szemészet". No. 2—3.*

Sechs Fälle von Erkrankung der Sehnerven werden mit Nasenleiden in Zusammenhang gebracht. In vier Fällen handelte es sich um Eiterung des Siebbeins und der Keilbeinhöhle, in weiteren zwei Fällen wird als Ursache der Neuritis retrobulbaris einmal Schnupfen, einmal aber Hypertrophie der mittleren Muschel angegeben. In sämmtlichen Fällen ist operativ eingegriffen und zumindest sind die Siebbeinzellen eröffnet worden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

51) **S. Citelli. Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinhöhlenempyem. (Nevrite ottica retro-bulbare per sinusite sfenoidale.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. Februar 1908.*

Bei einer 35jährigen Frau trat, nachdem sie bereits seit 2 Jahren an linksseitigen Nebenhöhlensymptomen gelitten hatte, die von verschiedenen Aerzten als Erscheinungen von Syphilis betrachtet worden waren, völliger Verlust des Sehvermögens auf dem linken Auge ein, ohne dass am Bulbus irgend welche Veränderungen auffindbar waren. Die Eiterabsonderung aus der Nase und Kopfschmerzen dauerten an, auch hatte sich linksseitige totale Anosmie herausgebildet.

Als Verf. die Patientin vier Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome sah, constatirte er ein linksseitiges Keilbeinhöhlenempyem mit freien Knochensequestern in der Höhle, von denen der eine fast $2^1/_2$ cm lang war. Nach Abtragung der vorderen Wand, Entfernung der Granulationen, Pinselungen der Schleimhaut mit Jodjodkalilösung und Borsäureinsufflationen sistirte die Eitersecretion.

Die Untersuchung des linken Auges ergab totale Opticusatrophie.

FINDER.

52) **John W. Murphy. Sehstörungen, die eine causale Beziehung zu einer Erkrankung der Keilbeinhöhle zeigen. Nebst Bericht über einen Fall und Durchschnitten, die den Zusammenhang zwischen diesen Höhlen demonstriren. (Visual disturbances showing a causal relation to disease in the sphenoidal sinuses. With the report of a case together with sections demonstrating the relations existing between the cavities.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Es bestand eine ausgedehnte Nekrose des Siebbeins auf der rechten Seite. In der sicheren Erwartung eine Erkrankung der rechten Stirnhöhle zu finden, wurde diese eröffnet, jedoch vollkommen gesund befunden. Nach Abtragung der mittleren Muschel und Ausräumung des Siebbeins wurde die Highmorshöhle von der Fossa canina aus eröffnet und voller stinkenden Eiters und nekrotischen Knochens gefunden. Nun konnte auch die Keilbeinhöhle besichtigt werden; beim Versuch, ihre vordere Wand zu entfernen, stellte sich heraus, dass die ganze rechte Hälfte des Keilbeins nekrotisirt und beweglich war, was man durch Palpation vom Pharynx aus leicht constatiren konnte. Es wurden mehrere grosse Stücke des nekrotischen Knochens entfernt, jedoch aus Furcht, den Sinus cavernosus zu verletzen, nicht alles.

Der Geisteszustand, der vorher nicht normal gewesen war, besserte sich nach der Operation. Die Wunde der rechten Stirnhöhle heilte per primam; doch öffnete

sich der Patient nach drei Wochen durch constantes Reissen an der Narbe die Wunde wieder und die Stirnhöhle wurde inficirt. Gleichzeitig stellte sich Absonderung aus dem rechten Ohr ein. Es traten erschöpfende Diarrhoen, Bronchitis und schliesslich 5 Wochen nach der Operation der Exitus ein.

Bei der Section fand man Eiter in der Stirnhöhle, entzündlichen Zustand des Orbitalgewebes, Nekrose der rechten vorderen und hinteren Siebbeinzellen, der rechten Keilbeinhöhle und der linken hinteren Siebbeinzellen, Nekrose des Orbitalbodens und völlige Nekrose der hinteren und seitlichen Antrumwände. Von der Keilbeinhöhle waren nur noch Trümmer vorhanden. Es bestand eine directe Communication zwischen der rechten mittleren Schädelgrube und dem Pharynx. Das rechte Mittel- und Innenohr zeigte sero-purulente entzündliche Veränderungen. Die Dura war in der rechten mittleren Schädelgrube verdickt. Ueber der rechten Hirnhälfte bestand ausgesprochene Leptomeningitis.

EMIL MAYER.

53) **Christian R. Holmes. Die Beziehung der krankhaften Veränderungen in den Nebenhöhlen zu Augenkrankheiten. (The relation of pathological changes in the accessory nasal cavities to diseases of the eye.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Verf. bespricht das von der Nase ausgehende Erysipel, Tuberculose, Syphilis, die malignen Tumoren, die von den Nasennebenhöhlen aus auf die Orbita übergreifen und bei denen er übrigens jede Operation für hoffnungslos hält und in Zukunft als möglicherweise etwas aussichtsvoll nur die Belton Massey-Methode gebrauchen will, ferner die Nasenrachenfibrome, die bisweilen in die Sinus hineinwachsen und zur Entstehung einer eitrigen Sinusitis Anlass geben.

EMIL MAYER.

### c. Mundrachenhöhle.

54) **Variot** und **Bonniot. Congenitaler Hemispasmus der Unterlippe. (Hémispasme congénital de la lèvre inférieure.)** *Progrès médical. 1908.*

Verf. demonstriren zwei kleine Kinder, die eine Abweichung der Unterlippe zeigen, das eine nach links, das andere nach rechts; die Erscheinung wurde besonders deutlich sichtbar, wenn man eine starke Contraction der Muskeln hervorrief, indem man z. B. die Kinder zum Weinen brachte. Es bestanden Modificationen in der elektrischen Erregbarkeit der rechten resp. linken Hälfte des M. orbicularis, im M. triangularis labiorum, im M. quadratus. Es handelte sich um keine Facialislähmung, sondern um eine congenitale Affection, um eine wirkliche Disharmonie in der Musculatur der Unterlippe.

A. CARTAZ.

55) **Dubot. Zwei Fälle von diffusem hypertrophischen Syphilom der Unterlippe, geheilt durch Injectionen mit grauem Oel. (Deux cas de syphilome hypertrophique diffus de la lèvre inférieure guéris par les injections d'huile grise.)** *Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles. No. 10. 1908.*

Der erste Fall betrifft einen 40jähr. Mann, der vor 13 Jahren sich syphilitisch inficirt hatte und bei dem die specifische Behandlung in den ersten Jahren sehr

vernachlässigt worden war; im 5. Jahre seines Leidens entwickelte sich ziemlich rasch eine so enorme Hypertrophie der Unterlippe, dass diese in ihrem Transversaldiameter und ihrer Dicke verfünffacht war und ein monströses Aussehen darbot. Die Zunge war ebenfalls voluminöser und befand sich im Zustande einer sklerösen Form tertiärer Glossitis, welche dem Kranken das Gefühl einer Zunge aus Holz gab; dieselbe war tief gespalten und in zwei Lappen getheilt, wie eine mit einem Faden eingeschnürte Wurst. Eine vom Autor eingeleitete intensive Behandlung mit Injectionen von grauem Oel (1. Cur mit 12, 2. Cur mit 6 Injectionen zwischen 14. Oct. 1907 und 6. August 1908) reducirte die Affection darart, dass die Lippe das gleiche Volumen wie vor der Krankheit hatte. An der Zunge sind nur noch einige harte Knoten zurückgeblieben und leukoplastische Stellen, welche D. ebenfalls zum Verschwinden zu bringen hofft.

Der zweite Fall betrifft einen Patienten, welcher seine Syphilis anno 1904 am Congo geholt hatte; die Proportionen dieser Unterlippenhypertrophie waren bedeutend geringer als im vorigen Fall. Die Zunge war beinahe verschont, aber am Gaumen befand sich ein diffuses hypertrophisches Syphilom, das diesen ganz ausfüllte. Patient hatte schon ohne Erfolg 300 Quecksilbereinreibungen bekommen bevor er zu D. kam. Eine intensive Behandlung mit Injectionen von grauem Oel in 5 Absätzen vom 6. Dec. 1905 bis 15. Oct. 1907 führte die vollständige Heilung herbei, die seit 3 Jahren anhält.

BAYER.

56) **J. Parassin** (Budapest). **Fall von schwerer Stomatitis gangraenosa toxica, entstanden nach der Wismuthpastebehandlung von Beck.** *Budapesti orvosi ujság. No. 48. 1908.*

Eine 46 Jahre alte Frau mit rechtsseitigem Pyothorax wurde zuerst der Thorakotomie unterworfen, drei Monate später wurde die Pleurahöhle mit 180 g Wismuthpaste ausgefüllt. Da die Paste sich mit dem Eiter allmählich entleerte, wurde in den nächsten 23 Tagen noch 180 + 60 + 20 + 20 Paste eingeführt, worauf vollständige Heilung erfolgte. Elf Tage nach der letzten Injection traten hohes Fieber und Halsschmerzen auf, vorläufig ohne objectiv nachweisbare Veränderungen. Zwei Tage später schwollen die submaxillären Drüsen stark an, der submentale Theil des Halses war bretthart infiltrirt, die Athemluft stank penetrant. Es entstand eine Stomatitis mit bläulich-grauer Verfärbung der Schleimhaut, später traten Geschwüre im Munde auf und eine geringe Besserung liess 10 Tage auf sich warten. Das weitere Schicksal des Patienten ist unbekannt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

57) **Gambon. Schanker am Scrotum und Zahnfleisch. (Chancres scrotal et gingival.)** *Lyon médical. 19. Januar 1908.*

Der Schanker der Mundhöhle sass an der Oberlippe im Niveau der mittleren oberen Schneidezähne und des rechten Dens caninus.

BRINDEL.

58) **Nielsen** (Kopenhagen). **Papulo-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweis von Spirochaeta pallida ungefähr 9 Jahre nach der Infection.** *Monatsschr. f. pract. Dermatol. 2. 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

SEIFERT.



59) **J. Guszman** (Budapest). **Die Leukoplakie der Schleimhaut der Mundhöhle. Eine klinisch-pathologische Studie.** *Orvosi Hetilap. No. 36—38. 1908.*

Verf. hat bei 94,8 pCt. des Materials eine luetische Infection feststellen können. Dann hat er die Untersuchungen auch auf an Paralysis progressiva leidende Kranke ausgedehnt und hat hier unter 147 Kranken 67 Fälle (45,57 pCt.) von Leukoplakie gefunden. Die Leukoplakie ist ein luetisches Product, in ihrer Entstehung spielen aber Lues und Tabakrauchen eine gleich wichtige Rolle. Auch der Zusammenhang von Leukoplakie und Carcinom, sowie die Histologie und Therapie der Krankheit werden in diesen sehr lesenswerthen Studien eingehend besprochen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

60) **Walter Schmidt** (Allenstein i. Ostpr.). **Ein eigenartiger Fall von Zahnwurzelcyste (periostale Cyste des Oberkiefers).** *Münchener med. Wochenschr No. 45. 1908.*

Die von einer Augenzahnwurzel ausgehende vereiterte Cyste war unter Bildung einer persistirenden Fistel durch die äussere Haut auf der Höhe der linken Nasolabialfalte durchgebrochen.

HECHT.

61) **Pallares** (Madrid). **Zahncyste, ein Sarkom vortäuschend. (Quiste dentaric simulande un sarcema.)** *Revista ibero-americana di ciencias médicas. No. 41.*

Um in zweifelhaften Fällen einen Irrthum zu vermeiden, mache man die Radiographie. Die Cysten sind hell und umgrenzt, das Sarkom ist völlig dunkel.

TAPIA.

62) **Delsaux. Ueber das Adamantinom. (Sur l'adamantinome.)** *La Presse méd. belge. No. 48. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt D. einen 33jährigen Kranken vor, bei welchem sich vor 10 Jahren an der Stelle, an welcher der linke untere Weisheitszahn hätte durchbrechen sollen, ein kleiner schmerzloser erbsengrosser Tumor sich entwickelte. Nach 3—4 Jahren war derselbe haselnussgross und musste einige Jahre später, weil er das Kauen behinderte, entfernt werden, kam aber wieder. Jetzt ist er truthenneneigross und seine mikroskopische Untersuchung durch Steinhaus ergab ein wirkliches Adamantinom, das der Autor zu operiren und zur Heilung zu bringen sich vorgenommen hat.

BAYER.

63) **J. Sordoillet. Ueber einige Oberkiefertumoren dentalen Ursprunges. (De quelques tumeurs épithéliales du maxillaire supérieur, d'origine alvéole-dentaire.)** *Dissert. Nancy 1907.*

S. giebt hauptsächlich unter Berücksichtigung der französischen Literatur ein ausführliches Bild über die Kiefercysten. Bei grossen Kiefercysten sucht Verf. die Ausheilung dadurch abzukürzen, dass er das Verfahren von Jacques anwendet: Zuerst wird die Cystenwand exstirpirt, dann der Hohlraum in breite Communication mit der gesunden Kieferhöhle gebracht und zum Schluss der Schleimhautschnitt in der Fossa canina vernäht.

OPPIKOFER.

64) **Claes** (Brüssel). **Klinischer Fall von Kiefersarkomrecidiv, geheilt durch das Cancroïdin. (Un cas clinique de sarcome maxillaire récidivé guéri par la cancroïdine.)** *La Presse méd. belge. No. 42. 1908.*

Fall von Recidiv eines Oberkiefersarkoms bei einer 62jährigen Frau, geheilt durch Injectionen von Cancroidin des Dr. Schmidt. Die Heilung datirt vom Monat September vorigen Jahres her.

BAYER.

65) **William H. Potter. Ein Fall von Epidermoidcarcinom des Unterkiefers. (A case of epidermoid carcinoma of the inferior maxilla.)** *Journal American Medical Association. Februar 1908.*

Verf. benutzt den mitgetheilten Fall, um zu zeigen, dass es für den Zahnarzt nothwendig ist, mit sämmtlichen krankhaften Veränderungen, die in der Mundhöhle vorkommen können, vertraut zu sein.

EMIL MAYER.

66) **Goris. Partielle Resection des Unterkiefers mit en bloc-Exstirpation der darunter liegenden Lymphdrüsen. (Resection partielle du maxillaire inférieur avec exstirpation en bloc des ganglions sousjacents.)** *Annales de la Soc. méd.-chir. de Brabant. No. 5. 1908.*

Mittheilung eines Falles von Exstirpation des ganzen zusammenhängenden Drüsenpackets bei einer partiellen Resection des Unterkiefers.

G. hat unter 10 derartigen Operationen 2 Fälle von Heilungen erzielt, die man als definitiv betrachten könnte. Das beweise wieder, dass man bei einem anatomisch operablen Carcinom mit der Operation nicht zaudern dürfe.

BAYER.

67) **Felix Semon** (London). **Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses.** *Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Bezugnehmend auf seinen früher (Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6, 1907) publicirten ähnlichen Fall und auf die einschlägige Arbeit Ruprecht's, berichtet Semon über einen neuen Fall einer eigenartigen, protrahirten Halserkrankung, der klinisch und bakteriologisch eingehend beobachtet, nahezu mit Sicherheit Lues ausschliessen lässt und mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine durch die Diplococcuspneumonie hervorgerufene septische Halsaffection anzusprechen ist. Semon vermuthet, dass es sich hier um ein neues, durch Pneumokokkeninvasion hervorgerufenes Krankheitsbild handelt, und regt an, durch „vorurtheilsfreie sorgfältige, klinische und bakteriologische Untersuchungen" etwa weiter auftretender ähnliche Halserkrankungen zur endgültigen Klärung dieser Frage allseitig beizutragen. Bezüglich Details, ebenso wie der eingehenden epikritischen Betrachtungen muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

## d. Diphtherie und Croup.

68) **R. Vitto Massei. Behindernder Einfluss des Diphtheriebacillus auf die Wirkung des entsprechenden antitoxischen Serums. (Influenza ostacolante del bacillo della difterite sull'azione del relativo siero antitossico.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1907.*

Die anatomisch-histologischen Befunde bei den Versuchsthieren waren ver-

schieden je nach dem injicirten Material. Einfaches hämorrhagisches Exsudat entstand, wenn man einimpfte: Agarcultur von lebenden Diphtheriebacillen; Diphtherietoxin; Agarcultur lebender Diphtheriebacillen + Serum + Toxin. Jedoch findet man bei den nur mit lebenden Bacillen behandelten Thieren eine Anhäufung von Leukocyten in Form kleiner Ganglien, während man bei den mit Toxin injicirten Knötchen findet, die durch die von Hämorrhagien umgebenen Gefässe gebildet werden.

Injicirt man dagegen die abgestorbenen Bacillen oder diese gleichzeitig mit antitoxischem Serum oder endlich gleichzeitig mit Antitoxin und Toxin, so bilden sich Abscesse ohne Hämorrhagien; die Abscesse sind aber kleiner und zahlreicher in den mit todten Bacillen + Serum + Toxin geimpften Thieren.

Der histologische Befund ist also der gleiche, ob man Agarculturen lebender Bacillen oder Toxin oder Agarculturen + Serum oder schliesslich Agarculturen + Serum + Toxin injicirt. In allen anderen Fällen entstehen Abscesse.

FINDER.

69) **J. Gervin** (Amsterdam). **Chlorcalcium gegen die Serumkrankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Gewin prüfte an einem grösseren Krankenmaterial (200 Diphtheriekranke) das von Netter gegen das Auftreten von Serumexanthen empfohlene Chlorcalcium auf seine prophylaktische Wirkung nach und beobachtete, „dass durch die Einnahme von Calcium per os weniger oft Serumkrankheit auftritt und wenn sie erscheint, gutartiger verläuft". Auf Grund dieser durch seine Statistik belegten Beobachtungen giebt Autor seitdem allen seinen Diphtheriekranken Chlorcalcium per os und konnte seitdem bei 30 weiteren Patienten kein einziges allgemeines Exanthem mehr beobachten.

HECHT.

70) **E. Weil** (Berlin). **Zur Behandlung von Infectionskrankheiten, speciell der Diphtherie, mit Pyocyanase.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 95.*

In manchen Fällen von Diphtherie wurde eine schnellere Ablösung der Membranen beobachtet, septische Fälle blieben unbeeinflusst. Die Heilserumbehandlung soll in keinem Falle unterbleiben.

SEIFERT.

71) **v. Spontagh** (Ofen-Pest). **Ueber einige Fragen der antitoxischen Diphtheriebehandlung.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 68. Heft 3. 1908.*

Neben der das Diphtherietoxin inaktivirenden Componente des Antitoxins supponirt v. Sp. noch gewisse Potenzen, die am localen Processe in Activität treten. Zwischen beiden Componenten bestehe ein Missverhältniss zu Ungunsten der Wirkungsweise des Antitoxins, das sich klinisch unter anderem in der mangelhaften Beeinflussung toxischer Einflüsse (Lähmungen) zu erkennen giebt.

SEIFERT.

72) **Berlin** (Köln a. Rh.). **Ueber die Behandlung der Diphtherie nach den während der Jahre 1900—1908 im städtischen Augusta-Hospital zu Köln gemachten Erfahrungen.** *Mit 3 Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1908.*

Berlin berichtet über ein Material von 3256 Kranken verschiedener Lebens-





alter, von denen 1061 bereits das 6. Lebensalter überschritten hatten. Verf. weist auf die grosse Bedeutung des Behring'schen Heilserums sowohl bezüglich des Verlaufes als auch bezüglich geringerer Mortalität gegenüber der Vorserumzeit hin und bespricht eingehend die daneben hergehenden weiteren therapeutischen Maassnahmen. Bezüglich der Pyocyanase berichtet er, dass „zweifellos die leichten Affectionen des Rachens, besonders aber Nasendiphtherie, mit dem Mittel äusserst günstig beeinflusst wurden. Dagegen konnten bei schwer septischen Processen der Tonsillen kaum nennenswerthe Einwirkung der Pyocyanase festgestellt werden. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen des Mittels wurden aber nicht beobachtet". Anschliessend werden eingehend Tracheotomie, sowohl primäre wie secundäre, und Intubationen besprochen. Trotz mancher — in der Arbeit geschilderter — Nachtheile der Intubation bei der Behandlung der hochgradigen Kehlkopfstenosen räumt Autor der Intubation weiterhin den Vorrang ein, „einmal schon des besseren Erfolges dieser Methode wegen, dann auch, weil der Eingriff an und für sich bei einiger Uebung bequemer und schneller als die Tracheotomie auszuführen ist". Bezüglich der aus den beigegebenen Tabellen gezogenen statistischen Schlüsse muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

73) **H. T. Karsner. Die Leukocyten bei Diphtherie vor und nach der Anwendung von Antitoxin. (The Leucocyts in diphtheria before and after the administration of antitoxin.)** *Proceeding Pathological Society Philadelphia. August-September 1908.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Diphtherie ist begleitet von einem wechselnden Grad von Hyperleukocytose, die aber gewöhnlich eine mässige ist. Gelegentlich kann die Hyperleukocytose in extrem toxischen oder extrem leichten Fällen fehlen.

Polymorphnucleäre und mononucleäre Zellen finden sich bei der Diphtherie in einem völlig mit dem Grade der Leukocytose übereinstimmenden Verhältniss.

Bei der Leukocytose sind die eosinophilen Zellen in ungewöhnlich geringer Zahl vorhanden, die Myelocyten und Basophilen in mässiger Zahl.

Weder der Grad der Leukocytose noch die Verhältnisse, in denen sich die einzelnen Zelltypen finden, geben — ausser in ganz grossen Linien — ein Anzeichen für die Schwere der Infection ab.

Die Anwendung des Antitoxin hat keinen merklichen Effect auf den Grad der Leukocytose, das Verhältniss der sie zusammensetzenden Zelltypen.

EMIL MAYER.

74) **Barbier. Wiederauftreten von Diphtherie bei Kindern, die vorher mit Antitoxin behandelt wurden. (Reappearence of diphtheria in children previously treated by antitoxin serum.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Mittheilung dreier Fälle von Kindern, die vorher mit Antitoxin behandelt resp. aus prophylaktischen Gründen injicirt wurden, bei denen das Auftreten einer anderen Infection — Masern — dazu führte, dass im Pharynx wieder diphtherische Membranen sich zeigten. Die Krankheit tritt dann stärker auf und giebt eine schlechtere Prognose als vorher. Es sollte in solchen Fällen eine frische Serum-

injection gemacht werden. Das Recidiv tritt oft während der drei Wochen auf, während deren der Annahme nach das Kind noch immun sein soll. LEFFERTS.

## c. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **P. Bartels** (Berlin). **Neuere Beiträge zur Anatomie des Kehlkopfes.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 213. 1908.*

B. giebt einen zusammenfassenden Bericht über die neueren die Anatomie des Kehlkopfes betreffenden Arbeiten und zeigt, dass im Verlaufe weniger Jahre auf diesem kleinen und scheinbar wohlbekannten Gebiete erfolgreiche Arbeit geleistet wurde. Das Referat stützt sich auf 87 Arbeiten, die seit 1902 erschienen sind: die frühere bis zum Jahre 1902 erschienene Literatur über Anatomie des Kehlkopfes iet durch F. Merkel in v. Bardeleben's Handbuch der Anatomie berücksichtigt. OPPIKOFER.

76) **Notiz des Herausgebers. Acute Laryngitis. (Acute Laryngitis.)** *Journal of the American Medical Association. 18. Januar 1908.*

Wässrige Sprays sollen bei acuter Laryngitis im Allgemeinen nicht angewendet werden. Verf. empfiehlt milde ölige Sprays z. B.

Rp. Thymol 0,20
Menthol. 1,00
Eucalyptol. 0,50
Ol. pini pumil. 1,00
Paraffin. liquid. aa 100.

DS. In einem Atomizer zu gebrauchen. Oder:

Rp. Ol. pini pumil. 10,0
Tinct. benz. compos. aa 100,0.

MDS. Ein Theelöffel soll auf kochendes Wasser 3- oder 4mal am Tage inhaliren.

Oder: Rp Menthol. 0,50
Spirit. camphorat. 20,0
Tinct. benz. composit. ad 100.

MDS. Wie oben. EMIL MAYER.

77) **Colbeck** und **Chapin. Die Behandlung der Laryngitis. (The treatment of laryngitis.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

Zu Inhalationen empfiehlt Verf.:

Rp. Ol. Eucalypti 2,65
Magnes. carbon. 1,50
Aq. dest. 30,00.

Ein Theelöffel auf $1/2$ Liter heisses Wasser: den Dampf inhaliren! Oder:

Rp. Ol. Therebinth. 2,65
Magnes. carbon. 1,65
Aq. dest. 30,00.

S. Wie oben.





Zu Insufflationen empfiehlt Verf.:

Rp. Jodoformii
Acid boric.
Bism. subnitr. aa 0,6. Oder als Spray:
Rp. Cocain. hydrochlor. 0,65
Thymol. 0,3
Aq. dest. 30,00.

EMIL MAYER.

78) **Alexander** (Berlin). **Die Laryngitis sicca als Berufskrankheit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Vortragender fasst die Laryngitis acuta sicca und die subacute Form nur als eine Modification des einfachen acuten Kehlkopfkatarrhes auf. Wenn bei jeder acuten Laryngitis sich zuerst ein trocknes Stadium — Röthung, Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, spärliche, zur Eintrocknung neigende Secretion — vorfindet, so ist dieses Stadium das vorherrschende und bleibende bei der Laryngitis acuta sicca. Besonders häufig und in intensiver Form wurde die genannte Erkrankung beobachtet bei Feuerwehrleuten nach grösseren Bränden, bei denen die starke Einwirkung der strahlenden Hitze, event. auch die beim Löschen sich entwickelnden heissen Wasserdämpfe ätiologisch in Frage kommen.

ALBANUS (ZARNIKO).

79) **Jacob E. Schadle. Membranöse Laryngitis; eine Complication der Influenza. (Membranous Laryngitis a complication of influenza.)** *St. Paul Medical Journal. November 1907.*

Die Kehlkopfsymptome treten schleichend auf, bestehen Anfangs nur in Stimmstörung, Schluckbeschwerden; nach 48 Stunden werden die Erscheinungen ausgesprochener, die Dysphagie schwerer. Die Untersuchung ergiebt im ersten Stadium acute Hyperämie mit besonderer Betheiligung der Epiglottis. Später erscheinen stecknadelgrosse Geschwüre, die mit einem dünnen weissen Exsudat bedeckt sind, dann sich vereinigen und eine feste, homogene Membran bilden. Beim Weiterschreiten der Erkrankung wird die laryngeale Fläche der Epiglottis, das Spatium interarytaenoideum und schliesslich die Aryknorpel ergriffen. Consistenz und Farbe der Membran unterscheiden sie von den diphtherischen: sie ist nicht so fest und dick wie diese und von weisserer Farbe. Dagegen ist die Influenzamembran ebenso schwer von der Unterfläche abziehbar, wie die diphtherische; nur blutet es dabei nicht im Gegensatz zu dieser.

Es vergehen 2—3 Wochen bis die Membranen verschwinden.

Verf. empfiehlt Sprays von warmer Dobell'scher Lösung, gegen die Dysphagie Orthoforminsufflationen.

EMIL MAYER.

80) **Gerber. Ueber die sogenannte „Laryngitis nodulosa".** (Aus der Königl. Univers.-Poliklik f. Hals- und Nasenkranke zu Königsberg.) *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

1. Die sogenannten Sängerknötchen kommen bei anderen Berufsarten ebenso vor wie bei den Stimmberufen.

2. Ob sie wirklich das weibliche Geschlecht bevorzugen, erscheint mit Rücksicht auf das häufige Vorkommen bei Kindern zweifelhaft.

3. Die dreieckige Zacke ist viel häufiger, wie der runde Knoten.

4. Die mit den Stimmlippen homogenen Zacken sind chirurgisch unantastbar.

5. Die Stimmlippenzacken sind die häufigste Ursache chronischer Heiserkeit sonst gesunder Kinder.

HANSZEL.

81) **Rueda. Larynge-Tracheitis bei Maltafieber. (Laringo-traqueite en la fiebre de Malta.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 2. 1908.*

Zwei Beobachtungen — die einzigen in der Literatur — von Laryngitis sicca haemorrhagica im Verlauf des Maltafiebers. Verf. vermuthet, dass das Agens, auf dem das Maltafieber beruht, auch die Ursache der Laryngitis abgab.

TAPIA.

82) **H. Leroux** (Paris). **Nicht diphtherischer pseudo-membranöser Croup. (Croup pseudo-membraneux non diphtérique.)** *Société de Pédiatrie. 19. November 1907.*

Wegen schwerer und plötzlicher Erstickungsanfälle wird ein 6jähriges Kind, nachdem der Versuch der Intubation missglückt war, tracheotomirt. Durch die Canüle wird bald darauf eine Pseudomembran ausgehustet: die Untersuchung und das Culturverfahren ergaben einfach Streptokokken.

GONTIER DE LA ROCHE.

83) **L. Rendu. Pseudomembranöse Streptokokken-Tracheobronchitis. (Trachéobronchite pseudo-membraneuse à streptocoques.)** *Société anatom. de Paris. 3. Juli 1908.*

29jährige Frau acquirirte eine Laryngitis, in deren Verlauf so schwere Dyspnoe auftrat, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Beim Husten brachte Pat. einige Pseudomembranen hervor; die Cultur ergab, dass es sich nicht um Diphtherie, sondern um Streptokokken handelte.

Unter fortschreitender Asphyxie ging Pat. zu Grunde; Kehlkopf, Trachea und die grossen Bronchien zeigten sich völlig durch Pseudomembranen verlegt.

A. CARTAZ.

84) **C. Chauveau. Acute geschwürige Epiglottitis pyogenen Ursprungs. (Epiglottite ulcéreuse aiguë d'origine pyogénique.)** *Arch. int. de laryngol. März-April 1907.*

Pat. war ein 42jähriger Mann. Die Erkrankung begann mit Allgemeinerscheinungen: Schüttelfrost, Kopfschmerz, Fieber etc.

BRINDEL.

85) **A. Meyer** (Berlin). **Ueber leukämische Veränderungen im Kehlkopf.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 343. 1908.*

Das Präparat wurde im Verein süddeutscher Laryngologen 1908 demonstrirt (Centralbl. f. Lar. 1908, No. 10, S. 517).

OPPIKOFER.

86) **Schiffers** (Lüttich). **Trophödem des Kehlkopfs. (Trophoedème du larynx.)** *La Presse oto-largngol. de belge. No. 8. 1908.*

Der Autor erwähnt erwähnt einen Fall von Oedem des Kehlkopfs bei einem Kinde von 5 Jahren, ein Fall, der unter die Kategorie trophoneurotischer Processe gerechnet werden muss. Der Kranke bot alle Symptome von einem Epiglottisödem und der aryepiglottischen Falte dar. Die Diagnose wurde mehrere Male durch die

laryngoskopische Untersuchung bestätigt. Die Natur des Oedems wurde auf dem Wege der Exclusion festgestellt. Unter den erblichen Antecedentien kennen wir auf Seite des Vaters Alkoholismus und Syphilis, welche ohne Zweifel die Ursache der Störungen im Nervensystem bildeten.

PARMENTIER.

87) **Timothy J. Readon. Acuter ödematöser Prolaps des Morgagni'schen Ventrikels. (Acute oedematous eversion of the ventricle of Morgagni.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juni 1907.*

Verf. berichtet über den Fall einer 40jährigen Sängerin, die unter den Symptomen einer Angina lacunaris erkrankte. Nachdem diese Erscheinungen vorüber waren, trat, als sie einige Tage darauf gesungen hatte, Heiserkeit auf, sodann kam es schnell zu Dyspnoe, Cyanose und stridorösem Athmen. Es wurde Kehlkopfödem vermuthet. Verf. fand den rechten Ventrikel so ödematös, dass die Stimmlippen davon ganz bedeckt waren; die ödematöse Masse war taubeneigross. Der rechte Aryknorpel war unbeweglich. Nur hinten war ein kleiner dreieckiger Spalt für die Passage der Luft. Intubation schaffte sofort Erleichterung und am nächsten Tage war der Larynx normal.

LEFFERTS.

88) **Pfeiffer** (Stuttgart). **Ueber die Verlagerung des Larynx und der Trachea beim Pyopneumothorax.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 44. 1907.*

Die Verlagerung der Trachea und des Larynx beim Pyopneumothorax lässt sich nicht nur durch das Röntgenverfahren feststellen, sondern auch ohne Röntgenstrahlen erkennen, insbesondere bei etwas nach medianwärts gebeugtem Kopfe. Pf. wünscht, dass die Verlagerung der Trachea für die Diagnose intrathorakaler Erkrankungen etwas mehr Berücksichtigung erfahren möchten.

SEIFERT.

89) **E. Wertheim** (Breslau). **Ueber Larynxcontusion.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 132.*

Traumatisches Larynxhämatom („links Arygegend und Sinus pyriformis von einem tiefdunkelrothen, grossen Tumor eingenommen") mit Ausgang in vollständige Heilung.

F. KLEMPERER.

90) **Rosenberg** (Berlin). **Kalter Abscess des Kehlkopfs.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. 1907.*

Bei einem 58jährigen Herrn besteht nach einer Gastroenteritis, wobei er heftig brach, seit 6 Wochen leichte Heiserkeit. Laryngoskopisch fand sich nur am linken Stimmband eine eiförmige länglich runde, deutlich gelbe Anschwellung, „die die Pars libera des Stimmbandes nicht in Anspruch nahm, etwa die halbe Breite der oberen Fläche des Stimmbandes deckte und seinen freien Rand überragte". In der Umgebung der Anschwellung das Stimmband etwas geröthet.

Verf. schnitt ein und es entleerte sich Eiter. Sofort war die Stimme klar. Nach 14 Tagen war am Stimmband nichts mehr davon zu sehen.

Aetiologisch glaubt Verf. eine bei dem heftigen Erbrechen entstandene Blutung unter das Epithel des Stimmbandes annehmen zu sollen, aus welchem Hämatom sich dann der Abscess gebildet hat.

ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Felix Miodowski** (Breslau). **Doppelseitige Exfoliation des Aryknorpels.**
*Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 355. 1907.*

Es handelt sich um ein bemerkenswerthes anatomisches Präparat, eine beiderseitige Exfoliation des ganzen Aryknorpels, offenbar als Ausgang einer eitrigen Perichondritis. Das Präparat zeigt eine grosse Abscesshöhle — ehemals der Platz des Giessbeckenknorpels — mit charakteristischer Abscessmembran. Weder ist vom Aryknorpel eine Spur zu entdecken, noch auch von seinem Perichondrium: dagegen ist Ring- und Schildknorpel unangetastet, wenn sich auch das Granulationsgewebe bis nahe an das Perichondrium des letzteren erstreckt. Die Höhle hat sich ausgeglättet, das Epithel beginnt sich von den Rändern her gegen den Grund vorzuschieben. Dagegen wird die für eine Heilung wesentliche fibröse Umwandlung des Granulationsgewebes offenbar durch die Erschöpftheit des Organismus hintenangehalten. Obwohl das histologische Bild keinen ätiologischen Hinweis giebt und auch die Kenntniss des klinischen Verlaufs fehlt, so kann man vielleicht, da es sich um ein schwer tuberculöses Individuum handelt, die Tuberculose als ätiologischen Factor in Betracht ziehen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **Citelli** (Catania). **Chordectomia externa und Regeneration der Stimmlippen. (Ueber eine neue Behandlungsmethode alter Kopfverengungen infolge dauernder Medianstellung beider Stimmlippen.) Experimentelle Versuche an Hunden.**
*Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 73. 1907.*

Verf. macht die Laryngofissur und entfernt dann mittels Scheere und Grünwald'schem Conchotom ein Stimmband oder auch beide. Der Operation geht eine Tracheotomie voraus.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Da die Schildknorpelplatten sich stets in ihrer normalen Stellung fänden, so würde die Naht der Knorpel nach der Thyreotomie nicht absolut nothwendig sein.

2. Vorhergehende Tracheotomie wäre ebenfalls nicht dringend nöthig, da man bei Hunden schon einen Tag nach der Operation die Canüle fortlassen konnte ohne irgend welchen Schaden.

3. Die Abtragung der Pars ligamentosa der Stimmlippen gab ein sehr befriedigendes Resultat; denn bei den über 20 Tage am Leben erhaltenen Hunden fand sich an Stelle der Hervorragung der Stimmlippe eine ziemlich deutliche Furche. Dieses Resultat würde beim Menschen, bei dem die Stimmlippen länger sind und die Pars ligamentosa fast $^2/_3$ der Stimmlippen bildet, während beim Hunde der knorpelige Theil fast länger ist als der membranöse, noch vollkommen sein.

4. Ist die Abtragung mit geeigneten Instrumenten, d. h. so, dass die umgebende Schleimhaut nicht maltraitirt wird, vorgenommen worden, so bilden sich gewöhnlich keine Verwachsungen zwischen den beiden Kehlkopfhälften.

5. Nach nicht langer Zeit bildet sich in Folge Bildung einer Art von Glottis im Niveau der Taschenlippen aus der Aphonie eine mehr oder minder heisere Stimme.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt und erklärt die Thatsache, dass

das abgetragene Stimmband sich nicht wieder bildet; denn nicht nur findet sich an der operirten Stelle das entfernte elastische Band nicht mehr, sondern einige benachbarte Drüsen und vor allem zahlreiche angrenzende Muskelfasern fallen — obwohl sie von dem schneidenden Instrument nicht getroffen sind — der Nekrobiose anheim, allein weil sie der postoperativen Entzündungszone nahe sind. Die Wirkung würde nach Ansicht des Verf. noch vollkommener sein, wenn, wie es beim Menschen der Fall sein würde, ein gut Theil der Muskelfasern bei der Operation mit entfernt würde.

Die Arbeit giebt genaue Operationsgeschichten und den mikroskopischen Befund bei den operirten sechs Fällen mit Abbildungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. Ein Beitrag zur Frage der Chordectomie bei Larynxstenose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 98. 1907.*

Verf. verwirft die Chordektomie zur Beseitigung von Keklkopfstenose durch Medianstellung der Stimmlippen auf Grund von Beobachtungen an Menschen, bei denen sich an Stelle de rwegen Carcinom entfernten Stimmlippen Narbenstränge gebildet hatten, die eine wirkliche Stimmlippe vortäuschten. Wollte man deshalb in der Glottisebene bei Medianstellung der Stimmlippen operativ einen für das respiratorische Bedürfniss andauernd ausreichenden Weg schaffen, so müsste man nicht nur den Processus vocalis des Aryknorpels, sondern auch erhebliche Theile seines Körpers entfernen, wodurch aber spätere Stimmbildung verhindert würde.

Aus diesem Grunde nimmt Verf. davon Abstand, Patienten, welche Canüle tragen müssen, zum Zweck der Beseitigung dieser Nothwendigkeit, die Stimmbandexstirpation zu empfehlen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

94) **Lannois** und **Durand** (Lyon). **Regeneration einer Stimmlippe in einigen Wochen nach Abtragung eines Tumors. (Régéneration d'une corde vocale en quelques semaines après l'ablation d'une tumeur.)** *Lyon médical. No. 40. 1908.*

Thyreotomie; zur Entfernung des Tumors muss das rechte Stimmband geopfert werden. Pat. konnte bereits einige Tage nach der Operation sprechen. Nach einigen Wochen hatte sich eine das Stimmband ersetzende Schleimhautfalte gebildet.

Nach den Angaben der Verf. sollen die Thyreotomien 80 pCt. Erfolge haben.

GONTIER DE LA ROCHE.

95) **Parmentier. Chronische Entzündung oder Papilloma des Kehlkopfs? (Inflammation chronique ou Papilloma du larynx?)** *Progrès Médical belge. No. 24. 1907.*

Die Evolution des Falles veranlasst den Autor zu dem Schluss, dass die Läsion entzündlicher Natur war und dass, obgleich verschiedene blutige Behandlungsweisen auf der Versammlung der belgischen Otolaryngologen im Jahre 1906 angepriesen wurden, die Heilung doch mit hyperämisirenden und die Schleimhaut



modificirenden Mitteln und der Massage der Halslymphdrüsen nach der Methode von Bayer erzielt wurde. AUTOREFERAT.

96) **Garel. Enormer Kehlkopftumor des linken Ventrikels. (Enorme tumeur du larynx provenant du ventricule gauche.)** *Lyon médical. 22. September 1907.*

Der Tumor hatte zu intermittirenden Stimmstörungen Anlass gegeben; er lag auf der Oberfläche der linken Stimmlippe. Er inserirte im hinteren Theil des Ventrikels. Er wurde mit der warmen Schlinge entfernt; drei Tage später auch der Stiel auf dieselbe Weise.

Makroskopisch glich der Tumor einem Fibrolipom. BRINDEL.

97) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Operirter Fall von amyloider Geschwulst des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Orvosi Hetilap. No. 32. 1908.*

Die Geschwulst sass subglottisch unter der rechten Stimmlippe, war blauroth, mässig erhaben, von höckriger Oberfläche. Nach vier Monaten wurde anderwärts die Tracheotomie ausgeführt. Operation am 7. Mai 1908. Der subglottische Raum war mit einem weichen granulationsartigen, mässig durchscheinenden Gewebe von Quittensulzfarbe vollständig angefüllt und rechts die Luftröhre fast bis zum IV. Trachealring, wo es scharf abgegrenzt endete. Die Entfernung gelang leicht mit dem scharfen Löffel. Hierauf Hauttransplantation nach Thiersch. Glatte Heilung. Nach 4 Wochen bei der Demonstration kräftige Stimme, kein Recidiv.

v. NAVRATIL-POLYAK.

98) **John Mc Coy. Bericht über drei Fälle von mittels directer Laryngoskopie entfernten Kehlkopfgeschwülsten. (A report of three cases of laryngeal growth removed by direct laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. empfiehlt für nervöse Patienten die allgemeine Narkose und zwar zieht er Aether vor und giebt vorher eine Injection von Morphium mit Atropin, letzteres um einer Neigung zu zu starker Bronchialsekretion vorzubeugen.

EMIL MAYER.

99) **Th. Gluck** (Berlin). **Chirurgische Behandlung des Schlund- und Kehlkopfkrebses. (Le traitement chirurgical du cancer du larynx et du pharynx.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 4. 1908.*

Bericht auf dem II. Congress der internationalen chirurgischen Gesellschaft, Brüssel, September 1908.

Um die Schluckpneumonie zu verhüten, hat sich der Autor zum Princip gemacht, die unmittelbare Naht des Pharynx und die prophylaktische Resektion der Trachea vorzunehmen und zwar nicht allein bei der Laryngektomie, sondern auch bei der Abtragung des Pharynx und der Zunge: Bei den anderen Operationen, welche den Kehlkopfeingang unberührt lassen, schützen die Rose'sche Kopflage, die temporäre Compression, die Ligaturen und die Tamponade der Luftwege vor der Aspiration.

G. nimmt die Laryngektomie auf einmal vor, ausser wenn eine schwere Dyspnoe vorliegt. Sein Verfahren ist aseptisch, deshalb erzielt er auch mit Sicherheit die unmittelbare Vereinigung. Diese Operation hat einen offenbaren thera-

peutischen Werth, seitdem der Autor so umfangreich als möglich operirt. G. hat die Laryngektomie mit einigem Erfolg bei der Kehlkopftuberculose angewandt. Die Gefahren bei der Operation sind relativ gering und die Resultate günstig; er detaillirt die Methode für die künstliche Phonation.

G. schliesst die Prothese unmittelbar an an die Resection des Unterkiefers, die Circulärnaht der Trachea an die partielle Resection derselben, die Transplantation der Gefässe etc.

Wenn eine Compression des Tractus tracheo-bronchial. durch einen mediastinalen unoperablen Tumor vorhanden ist, hat Gluck die Resection zweier Rippen ersonnen mit Annähen der Pleura parietalis an die Pleura visceralis, indem er diese incidirt und mit dem Thermocauter das Lungengewebe derart eröffnet, dass der Kranke direct durch die Lunge athmet.

PARMENTIER.

100) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Mittels Laryngofissur operirter und geheilter Fall von Kehlkopfkrebs.** *Orvosi Hetilap. No. 30. 1908.*

Nach Spaltung des Schildknorpels Entfernung der erkrankten Weichtheile. Pat. ist jetzt 76 Jahre alt, seit der Operation sind schon drei Jahre verflossen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

101) **Buys. Ein Fall von Laryngectomie wegen Epithelioms; ohne Recidiv seit 15 Monaten. Demonstration eines speciellen Sprechapparates am Kranken. (Un cas de laryngectomie pour épithélioma, sans récidive depuis quinze mois. Démonstration sur le malade d'un appareil phonétique spécial.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. otolaryngol. Gesellschaft von Juni 1907.

PARMENTIER.

102) **Page La Fayette. Laryngectomie wegen Kehlkopfkrebses. (Laryngectomy for carcinoma of the larynx.)** *Journal American Medical Association. 26. September 1908.*

Bericht über 2 Fälle.

Fall I. Radicaloperation. Die Trachealtube wurde 2 Tage liegen gelassen. Es dauerte mehrere Tage bis die genossene Nahrung nicht durch die Wunde herauskam. Patient ist jetzt — nach vier Jahren — 76 Jahre alt und in guter Gesundheit.

Fall II. Entfernung eines Theiles des rechten Schildknorpels und Stimmbandes, sowie der ganzen linken Kehlkopfhälfte nebst den angrenzenden Lymphdrüsen.

Bei der Nachbehandlung traten einige Störungen ein: Eine alte Bronchitis drohte zu einer Pneumonie zu führen; sehr beschleunigter Puls und unregelmässige Athmung deuteten auf Störungen in der Function des N. vagus und wurden mit Digitalis und Strychnin bekämpft. Nach Heilung der Wunde wurden X-Strahlen gebraucht, um einem Recidiv vorzubeugen. Es sind $3^1/_2$ Jahre verflossen und Pat. befindet sich vollkommen wohl.

EMIL MAYER.



103) **J. W. Bond. Präliminare Laryngotomie. (Preliminary laryngotomy.)** *British Medical Journal. I. 7. 1907.*

Verf. beschreibt eine Methode, die er seit 15 Jahren anwendet und die seit einigen Jahren von britischen Chirurgen adoptirt ist und die darin besteht, dass eine Canüle in das Spatium crico-thyreoideum eingesetzt, der Pharynx und Larynx von oben her tamponirt wird, als Voroperation für ausgedehnte und blutige Eingriffe im Rachen und Mundhöhle.

Die Haut über dem Spatium crico-thyreoideum wird durch einen kurzen Transversalschnitt gespalten, die Spitzen einer gebogenen Scheere durch die Membrana crico-thyreoidea dicht über dem Ringknorpel eingestochen und durch diese Oeffnung eine gebogene abgeplattete Canüle über einem spitzen Mandrin eingeführt. Die Canüle wird nach der Operation wieder entfernt. I. B. WAGGETT.

104) **H. T. Butlin. Präliminare Laryngotomie. (Preliminary laryngotomy.)** *British Medical Journal. I. 7. 1907.*

Verf. hat das Verfahren Bonds in mehr als 100 Fällen während der letzten 7 Jahre mit Erfolg angewandt. E. B. WAGGETT.

105) **Nager** (Zürich). **Ueber primäre Geschwülste der Trachea.** *Med. Klinik. 1. 1909.*

Uebersichtsreferat. SEIFERT.

106) **Ferreri. Ein Trachealtumor. (Un tumore tracheale.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica delle R. Università di Roma. 1907.*

Der Tumor, der nach vorausgegangener Laryngofissur glücklich entfernt wurde, war ein weiches Fibrom, an dem histologisch auffallend ist, dass er mit Plattenepithel bekleidet war. Verf. erklärt das Vorkommen dieses Plattenepithels in der Trachea durch entwickelungsgeschichtliche Erwägungen. FINDER.

107) **D. J. Davis** und **E. R. Le Count. Bericht über zwei Fälle von Bronchialcarcinom. (Report of two cases of primary bronchial carcinoma.)** *Transactions Chicago Pathological Soc. August 1908.*

I. 32jährige Frau. Es wurde die Diagnose auf Pleuritis mit Erguss gestellt. In der Trachea und den Bronchien sowie auf der Pleura fanden sich kleine aus Plattenepithel bestehende Knötchen.

II. 58jähriger Mann. Es bestand Lähmung des linken Stimmbandes. Es wurde die Diagnose auf Mediastinaltumor gestellt; bei der Autopsie fand man ein primäres Carcinom des linken Bronchus, secundäres Carcinom der Halsdrüsen, des Mediastinum und der linken Achselhöhle. EMIL MAYER.

## f. Schilddrüse.

108) **D. Forsyth. Die vergleichende Anatomie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei Säugethieren und Vögeln. (The comparative anatomy, gross and minute of the thyroid and parathyroid glands in mammals and birds.)** *Journal of anat. and physiol. Vol. 42. p. 302.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.



109) **K. v. Schiller** (Budapest.) **Kalter Abscess in der Schilddrüse.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 33. 1908.*

Tuberculose der Schilddrüse kommt nicht häufig vor. Im vorliegenden Falle litt der Patient an Schling- und Athembeschwerden; bei der Incision entleerten sich ca. 90 ccm Eiter, aus welchem Tuberkelbacillen gezüchtet wurden. Nach 3 Monaten besteht noch eine Fistel.

v. NAVRATIL-POLYAK.

110) **Lurje** (Moskau). **Ueber ein Teratom der Schilddrüse.** *Dissertation. Zürich 1908.*

Sehr selten sind Fälle von Schilddrüsentumoren mit einem Inhalt von elastischen Fasern, Fettgewebe, Musculatur, Knochen, Knorpel, Drüsen, Neuroepithel, Retinapigmentepithel. Es dürften Bigerminalbildungen sein, welche sich vorzugsweise in der Kiemengegend der Föten einlagern. Die Einschliessung in die Schilddrüse ist auf einen Durchbruch zwischen Schlundtasche und Kiemenfurche zurückzuführen. Der vorliegende Fall betrifft eine 53jährige Frau mit cretinoidem Habitus und myxödematösen Erscheinungen. Der Kropf war von Jugend an vorhanden, hatte aber erst 8 Wochen vor der Aufnahme in das Hospital plötzlich zu wachsen begonnen und beendigte das Leben 9 Tage später trotz rechtzeitiger tiefer Tracheotomie mit Erstickungszeichen. Der harte, hinter dem Sternum unbeweglich eingekeilte Tumor war inoperabel. Neben dem typischen Inhalt fand sich ein Rund- und Spindelzellensarkom, welches Metastasen in die Lungen hineingeschwemmt hatte. Verf. glaubt, das Sarkom sei als Wucherung der undiffenzirten Keimzellen aufzufassen, welche die Gefässe thrombosirt hatten.

JONQUIÈRE.

111) **G. Hicguet. Thyroidectomie. Vorstellung von 3 Fällen. (Thyroidectomie; Présentation de trois cas.)** *La Policlinique. No. 8. 1908.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 28. März 1908 stellt H. drei mit partieller Thyroidectomie wegen Hypertrophie der Schilddrüse operirte Kranke vor, zwei Frauen von 29—34 und ein Mann von 45 Jahren. Bei dem dritten Fall — Frau von 34 Jahren —, die an atrophischer Rhinitis litt, trat nach der Operation eine ganz bedeutende Besserung dieser Affection ein, so dass 14 Tage nachher der üble Geruch verschwunden war, keine Krustenbildung mehr stattfand und der Allgemeinzustand sich bedeutend verbessert hatte.

BAYER.

112) **Joseph H. Branham. Tetanie nach Thyreodectomie, geheilt durch subcutane Injectionen von Parathyroidemulsion. (Tetany following Thyroidectemy cured by the subcutaneous injections of parathyroid emulsion.)** *Annals of Surgery. August 1908.*

Die Tetanie wurde prompt und andauernd geheilt durch die Injection frisch bereiteter Thyroidemulsion.

EMIL MAYER.

113) **Dumas. Basedowstruma tuberculösen Ursprungs. (Tuberculose inflammatoire. Goître exophtalmique d'origine tuberculeuse.)** *Dissert. Lyon 1907.*

An der Hand von 15 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen vertritt Verf. den Standpunkt, dass die Basedow'sche Krankheit sich nicht selten auf tuberculöser Grundlage entwickle.

OPPIKOFER.

114) **M. Ohlemann** (Wiesbaden). **Zur Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1908.*

Autor erkrankte in seinem 57. Lebensjahre an Basedow und berichtet in extenso über den Verlauf seiner Krankheit, die er mit besonderer Berücksichtigung der Pathologie, Symptomatologie und Therapie kritisch bespricht. Selbst Augenarzt, bespricht er detaillirt das allmähliche Auftreten von Lähmungen der einzelnen Augenmuskeln und deren Wechsel. Er berichtet über die gute Wirkung der Jodtherapie (Jodkali und besonders Jodtinctur 2 mal täglich 1—2 Tropfen) auf sämmtliche Erscheinungen, namentlich die günstige Beeinflussung der Pulsfrequenz. Sodann weist er auf den schädlichen Einfluss der Eiweissnahrung auf die Basedowerkrankung hin, besonders der Milch, die er damit erklärt, „dass bei ihr eher eine Toxinbildung eintritt als bei Kohlehydraten und Fetten, dadurch treten dann Erscheinungen ein von Autointoxication". Autor fasst seine Erfahrungen in 6 Thesen zusammen, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

115) **F. Apelt** (Sanatorium Glotterbad bei Freiburg i. Br.). **Ein Fall von Basedow'scher Krankheit im Anschluss an nichteitrige Thyreoiditis acuta.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

„Etwa 3 Wochen nach einem im Recessus pyriformis dexter aufgetretenen Abscesse", der nach Incision heilte, entwickelte sich eine acute Thyreoiditis. Nach deren Abklingen trat allmählich ein typischer Basedow auf, der seinerseits wieder unter entsprechender Behandlung symptomenweise derartig abklang", dass man fast von einer völligen Heilung sprechen konnte". Die Krankengeschichte ist in extenso beigegeben.

HECHT.

116) **J. P. Dunhill. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Intercolonial Medical Journal Australasia. Juni 1908.*

Die Erfahrungen des Verf.'s gründen sich auf 25 eigene Fälle, in denen 32 Operationen vorgenommen wurden. Es war ein Todesfall zu verzeichnen. Die Heilungen betrugen 85 pCt. Bei den meisten Fällen war innere Behandlung bereits ohne Erfolg angewandt worden. In zwei Fällen bestand vorgeschrittene Myocarditis, Herzdilatation und Oedem in den abhängigen Partien. In beiden Fällen trat nach der Operation Heilung ein. Die Operation ist nur dann gefahrlos, wenn keine Narkose angewandt wird, und zwar bedient sich Verf. zur Localanästhesie des Barker'schen Eucain und Adrenalin, womit das subcutane Zellgewebe gründlich infiltrirt wird. Die tiefen Lagen unter und hinter dem M. sternocleidomastoideus werden auf der zu operirenden Seite gleichfalls infiltrirt. Verf. betrachtet als die grösse Gefahr bei der Operation und auch als die Todesursache in seinem Fall das Zerquetschen von Schilddrüsengewebe. Quetscht man einen Lappen zusammen, so bleibt eine Menge zertrümmerter Schilddrüsensubstanz zurück, die von dem Blut und Lymphgefässen aufgenommen wird und die schwerste acute eitrige Thyroiditis hervorruft. Verf. empfiehlt nach der Operation reichliches Wassertrinken, um der Gefahr des Thyreoidismus vorzubeugen.

A. J. BRADY.

117) **Johannes Torrild** (Dänemark). **Behandlung von Morbus Basedowii. (Behandling af Morbus Basedowii.)** *Ugeskrift for Läger. 13. August 1908.*

Uebersichtsartikel. E. SCHMIEGELOW.

118) **H. J. Vetlesen** (Christiania). **Klinische Beobachtungen bei 43 Fällen von Morbus Basedowii. (Kliniske Iagttagelser ved 43 Ulfaelder af Morb. Basedowii.)** *Norsk Magazin for Lägavedenskaben. No. 1. Anhang. 1909.*

Eignet sich nicht zum Referat. E. SCHMIEGELOW.

## g. Oesophagus.

119) **Bourdeau. Die verschiedenen Verfahren zur Behandlung der Narbenverengerungen des Oesophagus und speciell die Anwendung der linearen Elektrolyse. (Les différents procédés de traitement dans les rétrécissements cicatriciels de l'oesophage et en particulier de l'emploi de l'électrolyse linéaire.)** *Thèse de Bordeaux. 20. December 1907.*

Verf. plaidirt für Anwendung der Elektrolyse nach der Methode von Fort. Er beschreibt genau das Verfahren und versichert, dass auf diese Weise behandelte Stenosen sich nicht wieder bilden. BRINDEL.

120) **Nové-Josserand** und **Sargnon. Doppelte impermeable Narbenstenose im Brusttheil des Oesophagus. (Doublesténose cicatricielle de l'oesophage thoracique.)** *Lyon médical. October 1907.*

10jähriges Kind, bei dem zuerst die Gastrotomie gemacht werden musste. Es wurde auf gastroskopischem Wege eine Oesophagotomia interna gemacht und dann allmählich dilatirt. BRINDEL.

121) **Docq** und **Henrard. Oesophagusstenose an der Cardia (mit radioskopischer Untersuchung). (Rétrécissement cardiaque de l'oesophage [avec examen radioscopique].)** *Annal. de la Soc. médico-chir. de Brabant. No. 6. 1908.*

Oesophagusstenose über der Cardia mit sackförmiger Erweiterung des Oesophagus oberhalb derselben bei einem 22jährigen jungen Mann, welcher seit seinem 14. Jahre an dieser Affection leidet; nach vorheriger Verabreichung von Milch mit Bismuth demonstrirt H. dieselbe bei Röntgenstrahlenbeleuchtung und zeigt, wie der Inhalt des Oesophagussackes, den der Patient beliebig nach oben und nach unten in den Magen befördern kann, bei dem letzteren Act durch die dabei stattfindende Contraction gewaltsam gegen die grosse Curvatur geschleudert wird.

BAYER.

122) **M. R. Loriche** (Lyon). **Zahnprothese mit spitzen Haken im unteren Theil der Mediastinalpartie des Oesophagus. (Pièce dentaire à crechets aigus arrêtée dans la partie inférieure de l'oesophage médiastinal.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 18. November 1908.*

Die Extraction auf ösophagoskopischem Wege erwies sich als unmöglich; es wurde daher die Gastrotomie gemacht und von dort aus der Fremdkörper entfernt. Die Heilung verlief normal. GONTIER de la ROCHE.

123 **J. Erdélyi** (Szeged, Ungarn). **Ein aus der stenotischen Speiseröhre mittels Oesophagoskopie entfernter Fremdkörper.** *Orvosi Hetilap. No. 42. 1908.*

Ein $4^1/_2$ Jahre alter Knabe hat vor 3 Jahren aus Versehen Kalilauge getrunken. Fünf Wochen vor der Untersuchung soll er ein Zweihellerstück verschluckt haben und kann seither nur flüssige Speisen zu sich nehmen. Die Röntgenuntersuchung zeigte den Fremdkörper in der Höhe der die Brustwarzen verbindenden Linie. Oesophagoskopie in Chloroformnarkose bei hängendem Kopfe mit der 25 cm langen und 8 mm breiten Röhre. Das Geldstück wurde 20 cm tief von der oberen Zahnreihe gefunden, mit der Pincette gefasst und zusammen mit der Röhre entfernt. An der Stelle, wo die Münze lag, waren Granulationen sichtbar und unterhalb der Stelle eine mit 3—4 mm weiter Oeffnung versehene narbige Stenose.

v. NAVRATIL-POLYAK.

— —

# II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ein System der Medicin. Von vielen Autoren, herausgegeben von Sir Clifford Allbutt und Humphry David Rolleston. Vol. IV. Theil II. Krankheiten der Nase, des Rachens, Kehlkopfs, der Luftröhre und des Ohres. (A System of Medicine. By many writers, edited by Sir Clifford-Allbutt and Humphry Davy Rolleston. Vol. IV. Part II. Diseases of the Nose, Pharynx, Larynx, Trachea and Ear.)** Mac Millan and Co. 1908. London.

Die folgenden Ausführungen sollen, wie das an dieser Stelle sich von selbst versteht, keine Erörterungen über die Ohrenkrankheiten, die in vorliegendem Band mitbehandelt sind, enthalten, es sei denn die Bemerkung, dass die gegenseitigen Beziehungen, die zwischen den Erkrankungen der Respirationswege und des Gehörapparates bestehen, nicht diejenige Würdigung erfahren, die ihnen zukommt. Wie es sich zeigen wird, sind Mängel dieser Art mit dem Charakter des Buches als eines Sammelwerkes untrennbar verknüpft. Mitarbeiter sind Greville Macdonald, Herbert Tilley, Ernest Waggett, F. De Havilland Hall, Sir Felix Semon und P. Watson Williams, und zwar haben die letztgenannten beiden Herren gemeinsam und jeder für sich den weitaus grössten Theil des Buches bearbeitet. Diese Namen, die hervorragendsten unter den Britischen Laryngologen, sind eine Gewähr für das hohe Niveau des Werkes.

Als die Wissenschaft der Heilkunst in die zahlreichen, die einzelnen Specialitäten darstellenden Kapitel eingetheilt wurde, da war diese Theilung, so unvermeidlich sie war — ist sie doch in gewissem Grade bis in die ersten Anfänge der Geschichte zurückzuverfolgen — in vieler Hinsicht bedauerlich; dass aber z. B. die Nasenkrankheiten wieder in mehrere von verschiedenen Autoren bearbeitete Kapitel zerlegt wurden, erweckt nicht nur Bedauern, sondern fordert die Kritik heraus. Dies Verfahren ist nothwendigerweise ebenso von ungünstiger Wirkung auf die Autoren, wie es den Lesern für ihr Geld eine mangelhafte Gegenleistung bietet. Es hat keine hinreichende Rechtfertigung für sich ausser einem elenden finanziellen Gesichtspunkt. Vom practischen Standpunkt aus ist indessen solche Eintheilung absolut nothwendig, wenn es sich um die Production einer jener Serien

von Bänden, die das ganze Gebiet der Medicin in sich schliessen, handelt. Sie macht es möglich, dass ein solches „System“, wie das vorliegende, schnell fertig gestellt und die Arbeit noch nass, wie sie aus der Feder des Autors kommt, publicirt wird. Das ist die Rechtfertigung für solche Publicationen und enthält gleichzeitig den Hinweis auf ihre Eintagsnatur. Ebenso prompt und rasch wie sie erscheinen, gerathen sie auch wieder in Vergessenheit, es sei denn, dass sie, wie im vorliegenden Falle, in Gestalt einer zweiten Auflage de facto von Neuem geschrieben werden. In Amerika leidet das Lesepublikum unter einer ganz willkürlichen Form der Vergewaltigung, die beim Verkauf solcher „Systeme“ seitens der Verleger geübt wird, indem man nicht im Stande ist, irgend einen Band sich anzuschaffen, ohne das ganze Werk kaufen zu müssen. Alles in Allem würde es nun erfreulich sein, wenn die zukünftige Entwickelung der medicinischen Publicistik solche „Systeme“ von der Bildfläche verschwinden liesse.

Mit Nothwendigkeit schliesst eine solche Eintheilung die Möglichkeit einer continuirlichen Gedankenfolge und die Berücksichtigung der zwischen einer und der anderen erkrankten Region bestehenden Beziehungen aus und — was noch schlimmer ist — sie macht die Besprechung der allgemeinen Aetiologie fast ganz unmöglich. Wie will der Laryngologe, der an solch einem Werk mitarbeitet, in verständiger Weise die Aetiologie der Tuberculose, des Krebses oder der Syphilis oder die Therapie einer dieser Krankheiten besprechen? Und wenn er sich dazu versteht, wie will er zeigen, dass pathologische Processe, die sich an allen Stellen mehr weniger gleichen, in der Nase auf bestimmte allgemeine Ursachen zurückzuführen sind, die der nächste Autor, wenn er beim Kehlkopf über dieselbe Krankheit schreibt, völlig ignorirt? Muss jeder Autor, wenn er sein Thema ausführlich und verständig bearbeiten will, seine eigene Abhandlung über allgemeine Physiologie, Pathologie, Aetiologie und Therapie schreiben? Und wäre irgend ein Thema vollständig, ohne dass er diese Dinge behandelt? Es stehen ihm nur zwei Wege offen: Entweder er bescheidet sich und überlässt die allgemeine Behandlung dieser Schemata irgend jemand Anderm, der damit betraut wird. Wer das zu thun bereit ist, ist ungeeignet, in einem Lehrbuch über irgend einen Gegenstand zu schreiben. Oder er lässt das Vorhandensein jener oben genannten Beziehungen mehr oder minder gründlich ausser Acht. Es genügt zu sagen, dass für gewöhnlich das letztere Verfahren angewendet wird. Daher kommt dann auch der fragmentarische Charakter der betreffenden Kapitel, ihre verhältnissmässige Minderwerthigkeit und als Folge davon, das ephemere Interesse, das sie erregen.

Das ist der hauptsächliche, aber durchaus nicht einzige Nachtheil dieser „Systeme“. Das Ineinanderlaufen der Grenzlinien zwischen den Kapiteln, die Lücken, die zwischen ihnen bestehen, die Ueberhastung der Vorbereitungen, der Zwang, unter dem der Autor steht, entweder über ein Thema zu schreiben, für das er nur ein schwaches Interesse hat, oder die Ehre überhaupt abzulehnen: alles das sind Dinge, die uns wohlbekannt sind, von denen ich aber nicht weiss, wie wir ihr je ledig werden sollen, wenn nicht einmal ein unwilliger Widerspruch laut wird. Was gewöhnlich gar nicht in Betracht gezogen wird, das ist die schlechte Wirkung, die solche Unternehmungen auf die Autoren selbst ausüben. Sie müssen darauf verzichten, ihre Ideen mit der Unbeschränktheit zur Darstellung

zu bringen, die daseigentliche Wesen des menschlichen Geistes ausmacht und nicht selten kommen sie auf der Höhe ihres Lebens zu der Erkenntniss, dass sie ihre Gestaltungskraft gerade bei jenen Thematen aufgewandt haben, die sie die Profitwuth eines Winkelverlegers bearbeiten liess. Auf diese Weise wird ihr unheilbarer Einfluss auf das Denken in der Medicin ein höchst bedauerlicher.

Nachdem ich so mein Herz auf Kosten des Raumes, den der Herausgeber dieses Blattes so freundlich war, mir zur Verfügung zu stellen, genügend erleichtert habe, darf ich wohl mit einer über jeden Verdacht erhabenen Offenheit sagen, dass dieses Buch das beste von seiner schlechten Art ist. Es ist selten, dass so viele ausgezeichnete Männer innerhalb einer Nationalität sich bereit finden, sich den ihnen in Bezug auf Raum und Gedanken auferlegten Beschränkungen zu unterwerfen. Zweifellos haben diese Beschränkungen zu einer Gedrungenheit im Inhalt und Form geführt, die in mancher Beziehung dem Leser angenehm sein kann, die ihm aber nur einen dürftigen Ersatz bietet für das, was ihm gerade bei der Erklärung specieller mechanischer Dinge durch so hervorragende Männer verloren geht. Vieles, was in Bezug auf die Unterlassungen zu verzeichnen ist, lässt sich in vollem Umfange rechtfertigen; selbst aber wenn man diese Zugeständnisse macht, hätte mehr Raum für Abbildungen, Untersuchungsmethoden, Instrumente, Specialtafeln, wie z. B. skiagraphische Aufnahmen eingeräumt werden müssen. Hat doch der letztere Gegenstand eine Bedeutung, z. B. für die Nebenhöhlenerkrankungen, erlangt, die hier nicht die gebührende Würdigung erfährt. Ein allgemeines Capitel über Physiologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, einiges über das Thema von der Phonation könnte wohl an Stelle so ungewöhnlicher Dinge, wie es Maden in der Nase, Actinomycose der Tonsillen, Rotz etc. sind, treten. Ueber Anosmie und Parosmie, hysterische Aphonie, Gicht des Pharynx und all dergleichen schreiben zu müssen, ohne dass man den Raum und die Freiheit hat, der Aetiologie dieser Dinge auf den Grund gehen zu können, das fordert unser Mitgefühl und nicht unsere Kritik heraus. Das beschneidet und beschränkt die Entfaltung des Geistes, auf die jeder Mann der Wissenschaft ein Recht hat.

---

In dem Capitel über Nasenasthma und in dem über Heufieber halten sich Semon und Williams zwar fern von dem extremen Standpunkt, den viele Autoren ungefähr vor 10 oder 15 Jahren über diesen Gegenstand inne hatten; sie bringen aber, wie mir scheint, den Zweifel und die Verwirrung, in der man bezüglich der Aetiologie über das Verhältniss von Ursache und Wirkung hin und her schwankt, nicht gehörig zum Ausdruck. Es verhält sich wahrscheinlich nicht so, dass das Heufieber „gewöhnlich" durch den Reiz gewisser Pollenarten hervorgebracht wird. Es besteht alle Veranlassung zu der Annahme, dass dieser Reiz in vielen Fällen einen der Factoren darstellt, jedoch ist man weit entfernt die Mehrzahl der Fälle durch ihn erklären zu können. Niemals ist dies der einzige ätiologische Factor; bisweilen besteht sogar nicht einmal ein augenscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Pollen in der Luft und den gerade zu dieser Zeit vorherrschenden Heufieberfällen, während natürlich kaum von einer ätiologischen Verwerthung dieses Factums die Rede sein kann, wenn derselbe Symptomencomplex in

Jahreszeiten und an Stellen auftritt, wo es weder Heu noch andere pollentragende Pflanzen giebt. Indem die Verfasser dem unbekannten allgemeinen Factor eine hervorragende Rolle einräumen, der unbestimmten neurotischen Einflüsse in erster und des localen Nasenbefundes erst in letzter Linie Erwähnung thun, tragen sie viel dazu bei, das Sägen und Brennen der Nasenschleimhaut zu discreditiren, durch das ebenso das Naseninnere wie die rhinologische Literatur verschimpfirt zu werden pflegt; jedoch scheint mir, dass auf die Pollentheorie zu viel und auf die — den localen peripheren Reizungen zu Grunde liegenden — moleculären Störungen im sympathischen Nervensystem zu wenig Werth gelegt wird. Die ausgesprochene Vorliebe, mit der das Heufieber wohllebende und schwerfällige, aber nicht unthätige Reiche befällt, ist ein Zeichen, das darauf hinweist, dass zwischen der Form menschlicher Energie, die sich in der Erwerbung von Reichthümern äussert, und der Erwerbung des Heufiebers ein Zusammenhang besteht. Mannigfache Dinge führen dazu, die durch diesen Gleichgewichtsverlust freigewordene Energie zur Entladung zu bringen und es scheint mir zum mindesten ein Versehen, wenn man sagt, dass Heufieber oder Asthma oder selbst Niessparoxysmen gewöhnlich durch den Reiz verschiedener Pollenarten hervorgebracht werden. Diese irrige Richtung, die in allen Büchern über diesen Gegenstand zu Tage tritt, hat ihren Grund in der unwiderstehlichen Versuchung, Nachdruck und Bedeutung auf bekannte oder auch nur vermuthete greifbare Factoren zu legen, weil unbestimmte und unbekannte Factoren hervorzuheben und zu erörtern sich nur wenig Gelegenheit bietet, selbst wenn diese, wie im vorliegenden Fall, fundamentaler Natur sind.

Heufieber und Nasenasthma und Nasenpolypen kommen häufig zusammen vor. In einigen — sehr seltenen Fällen — genügt die Entfernung der Polypen zur Heilung der Neurose, so wie man einen festgefahrenen Wagen durch Abladen der Last flott macht. In diesen Fällen jedoch kommt vorgerücktes Alter oder Abnahme irgend eines anderen fundamentalen Einflusses vor der Operation in Betracht. Die Krankheit fällt in den meisten Fällen in die Zeit der Vollkraft des Nervensystems, d. h. des 25.—45. Jahres. Sie findet sich in Familien mit anderen Zeichen einer gezügelten oder ungezügelten nervösen Energie. Die langsam schleichende Zeit untergräbt diese verborgene Quelle der Energie, und wenn die pathologischen Gewebsveränderungen, die eine Folge, aber in Wirklichkeit nicht die Ursache des vasomotorischen Aufruhrs waren, beseitigt sind, wenn für die verschiedenen nasalen Functionen in Folge dessen normalere Bedingungen wiederhergestellt sind, dann verschwinden Heufieber und Asthma. Die Nasenpolypen werden gewöhnlich schon lange entdeckt bevor die Anfangssymptome des Heufiebers in der Anamnese dieser Fälle verzeichnet werden. Sie entstehen in Folge der wiederholten Schädigung des Bindegewebes durch die häufige Ueberfluthung mit dem aus den erschlafften Wandungen der kleinen Arterien ausgetretenen Serum. Diese Gefässerschlaffung ist eine Folge der vasomotorischen Lähmung, die durch die Stürme im sympathischen Nervensystem bedingt ist. Die Polypen vermehren das Uebel, sind aber nicht dessen Quelle. Man entferne die Polypen, man schicke den Patienten auf die Berge oder auf die See, man thue, was man wolle: der Erfolg ist nur ein ausnahmsweiser oder ein unvollkommener, weil der fundamentale nervöse Factor nicht beseitigt ist. Er ist die Quelle des Uebels.

Tilley empfiehlt in seiner Bearbeitung des Highmorshöhlenempyems in Fällen nicht dentalen Ursprungs den Weg durch die Fossa canina als Operationsverfahren. Es scheint wohl, dass in jenen seltenen Fällen von uncomplicirter Antrumeiterung, in denen man von einer ausgedehnten Operation absehen kann, die allgemeine Meinung für die Anwendung des ausschliesslich intranasalen Verfahrens ist; wenn jedoch der Zugang durch die Fossa canina gewählt wird, ist zweifellos eine permanente Oeffnung in der inneren nasalen Antrumwand einer permanenten Perforation, die in die Mundhöhle führt, vorzuziehen. Nachdem so die Höhle ausgeräumt ist, würde es ein Rückschritt sein, wenn man die Eingangsöffnung für Spülungen offen liesse, anstatt für diesen Zweck eine Oeffnung anzulegen, die in die Nasenhöhle führt und das Loch in der Fossa canina so bald als möglich zu schliessen. Im Ganzen ist die Chirurgie der Nebenhöhlen nur unzulänglich behandelt, ausser was die Stirnhöhle betrifft. Eine isolirte chronische Stirnhöhleneiterung und eine isolirte chronische Oberkieferhöhleneiterung sind verhältnissmässig seltene Vorkommnisse, abgesehen von den dentalen Oberkieferempyemen; sie sind leicht zu behandelnde Dinge und werden hier in hinreichender Weise erörtert. Nicht so die Fälle von combinirten Nebenhöhlenerkrankungen und von Pansinusitis; diese sind es, die an ein geschultes und gesundes Urtheil und ein operatives Geschick Anforderungen stellen, wie sie kaum bei Erkrankungen irgend einer anderen Körperregion an uns herantreten. Eine Klasse von Operateuren ist in solchen Fällen dreist drauflosgegangen, wo selbst ein Engel nur mit Zagen vorwärtsschreiten sollte; jedoch das letzte Wort über den Gegenstand ist noch nicht gesprochen. Mangel an Raum kann allein als Erklärung dafür dienen, dass Tilley es unterlassen hat, das Thema in das rechte Licht zu setzen, denn keiner von seinen Landsleuten ist besser geeignet, den Stoff zu bearbeiten als er.

Die Abtragung der Tonsillen, wie sie Semon und Williams beschreiben, ist eine Operation, auf die in Amerika sehr viel mehr Sorgfalt und Kunst verwendet wird. Das adenoide Gewebe wird hier von den jüngeren Operateuren mit einer Sorgfalt und Gründlichkeit entfernt, die das von den Autoren hier beschriebene Verfahren vermissen lässt. Die Abtrennung der Gaumenbögen von der Tonsille, das Nachinnenziehen dieser durch Haken an Stelle des Nachaussendrückens mittels äusseren Druckes, der Entfernung in Aethernarkose mittels der Schlinge, alles das scheint mir vor den älteren Methoden, wie sie scheinbar von Semon und Williams noch heute geübt werden, ausgesprochene Vorzüge zu haben.

Die Verfasser nahmen Bezug auf einen von mir mitgetheilten Fall von Mandelactinomycose; sie erwähnen seiner in Verbindung mit hier von Ruge berichteten Fällen von „actinomycesähnlichen Körperchen“ in den Tonsillen sowie eines tödtlich verlaufenen Falles von Actinomycose des Gehirns, bei dem sich eine ähnliche Erkrankung der Tonsille fand. In dem Vorhandensein von Actinomycespilzen bei meinem Fall mit gleichzeitigem Zerfall des lymphatischen Gewebes und der im Ganzen gutartigen Natur des Falles kann man ein Bindeglied finden, zwischen den Ruge'schen Fällen und dem von Lesin, wo die Eingangspforte in der Tonsille war, der destruirende Process sich aber anderer Stelle abspielt. Seitdem es definitiv nachgewiesen worden ist, dass es mehr als zwanzig Arten von Actinomyces giebt, die meist gutartig sind und sich alle ausser durch ihre Morphologie und

das Culturverfahren nicht von einander unterscheiden, kann ich nicht umhin, anzunehmen, dass die „actinomycesähnlichen Körperchen“ die bei der Mikroskopie der Tonsillen ein so gewöhnlicher Befund sind und deren Vorkommen sich stricte auf die Krypten beschränkt, in Wirklichkeit nur Saprophyten oder doch wenigstens gutartige, nicht in die Tiefe dringende Abarten der grossen Familie der Strahlenpilze darstellen. In meinem eigenen Fall fand sich die Geschwulst unter dem Epithel und in erheblichem Abstand von diesem, aber zum mindesten während eines Jahres trat keine Metastasenbildung zu Tage. Es stimmt das durchaus überein mit dem, was wir über die Biologie der Gruppe der Strahlenpilze wissen und mit den allgemeinen Principien der Biologie.

Ich constatire mit Vergnügen, welchen Nachdruck Semon und Williams auf die Ruhigstellung des Kehlkopfs bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis legen, denn es entspricht diese Forderung einem der Hauptprincipien der Phthisiotherapie. Während aber das absolute Schweigegebot in den empfohlenen Heilplan aufgenommen ist, erfahren andererseits auch viele der alten Methoden des Curettirens, des Auskratzens, des Pinselns mit mehr oder minder reizenden Mitteln Billigung. Es ist schwer verständlich, wie derartige Maassnahmen mit der Ruhe, die dem Kehlkopf auferlegt werden soll, vereinbar sind. Der Gedanke, irgend ein Mittel könne so weit eindringen, irgend eine Operation so tief wirken, dass dadurch die Tuberkelbacillen in dem submucösen Gewebe ausgerottet werden könnten, hat eine Stütze durch zahlreiche Enthusiasten gefunden, die wohl von der Empfindung beherrscht wurden, dass wir doch in Wirklichkeit nicht gut, ohne uns selbst herabzusetzen, Angesichts einer solchen Erkrankung die Hände falten und sagen dürfen: Requiescat in pace. Und doch hat, wie der logische Verlauf der Dinge in der Phthisio-Therapie ergab, sich diese Haltung als die richtige erwiesen.

Interessant ist es, den Glauben der Autoren an die „Mischerkrankungen“ von Syphilis und Tuberculose zu constatiren. „Gemischt“ ist häufig die Ansicht des Beobachters bezüglich der Diagnose, ob es die Krankheit jemals ist, erscheint fraglich.

Das Vorkommen glatter tuberculöser Tumoren wird verständigerweise erwähnt und vor den häufigen diagnostischen Irrthümern gewarnt, zu denen sie Anlass geben. Aus meiner ansehnlichen Erfahrung in der speciellen und mikroskopischen Diagnostik heraus kann ich nur wiederholt sagen, dass die Wichtigkeit dieser Thatsache in den Lehrbüchern gewöhnlich nicht den Platz angewiesen erhält, den sie verdient. Solch ein aussergewöhnlicher Tumor hat oft Jahre hindurch bestanden, ohne dass er irgendwelche besonderen Symptome macht oder irgendwelche anderen Anzeichen von Tuberculose vorhanden sind. Kommt dann die Natur der Geschwulst durch die mikroskopische Untersuchung an's Licht, so bedeutet dies gewöhnlich für den klinischen Beobachter eine völlige Ueberraschung.

Die Stellung, die Sir Felix Semon bezüglich der intralaryngealen Operation zur Stückchenentnahme zwecks mikroskopischer Untersuchung bei malignen Tumoren einnimmt, ist wohlbekannt. Ich stimme völlig mit seiner Ansicht überein, und soweit ich aus der grossen Zahl solcher Probestückchen, die mir von Amerikanischen Laryngologen zur Untersuchung unterbreitet wurden, schliessen

kann, ist die Mehrzahl dieser frei von der Befürchtung, durch eine Umwälzung in den biogenetischen Verhältnissen der Kerne eine Umwandlung gutartiger in bösartige Tumoren hervorrufen zu können. Weder Zange, noch Caustik, noch Messer haben solch eine umwandelnde Kraft. Ganz abgesehen von modernen Theorien, ist es schwierig angesichts der vor einigen 20 Jahren von Semon zusammengestellten Statistik zu verstehen, wie einige Beobachter klinische Thatsachen, die der Semon'schen Ansicht zu widersprechen scheinen, ohne hinreichende kritische Analyse acceptiren konnten.

Es war zu erwarten, dass das Capitel über maligne Kehlkopfkrankheiten von Semon und Williams von hervorragendem Werth für den allgemeinen Practiker sein würde. Auch wer eine noch so ausgedehnte Erfahrung hat, wird in Bezug auf die Differentialdiagnose werthvolle Winke finden. Trotz der glänzenden von Semon, Chevalier Jackson, Gluck erzielten Resultate bin ich langsam zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Frage, ob Operation oder nicht, gewöhnlich nach der Psychologie des Operateurs entschieden wird, dass sie jedoch gewöhnlich fast ausschliesslich nach der Psychologie des Patienten entschieden werden sollte. Ich will keineswegs leugnen, dass man gelegentlich einen Fall in einem Stadium zu Gesicht bekommt, wo die Rathsamkeit einer Thyreotomie nicht fraglich sein kann. Es würde interessant sein, zu erfahren, in welchem Zahlenverhältniss die von Sir Felix Semon operirten Fälle zu der Gesammtzahl derer steht, die er überhaupt gesehen hat, und wie viele die von ihm vorgeschlagene Thyreotomie verweigert haben. Ich habe einen Mann mit Kehlkopfkrebs länger als 12 Jahre lang ohne Beschwerden leben sehen ohne Radicaloperation. Ich habe mehrere gesehen, die länger als 5 Jahre lebten. Wenn ein Mensch, nachdem man ihm gesagt hat, dass er an einem Kehlkopfkrebs leide, der eine schwere Operation nothwendig mache, sich mit Gier an diesen Rath klammert, würde es grausam sein, ihm — zwar nicht die Aussicht auf Leben und Wohlbefinden — aber doch jene Hoffnung zu rauben, die „ewig spriesset in der Menschen Brust" und die durch den mehr oder minder unmittelbaren Erfolg der Operation gewährt wird. Im Geheimen flüstern wir uns selbst zu, dass alles in allem der Tod infolge der Operation bei weitem nicht die böseste der Möglichkeiten ist. Unter diesen Umständen soll der Patient, nicht der Chirurg, zur Operation drängen.

Die stürmischen Erörterungen, die vor 10 Jahren um die Frage der Kehlkopflähmung tobten, haben sich gelegt, nicht weil das Interesse, das sie erweckte, schliesslich dazu geführt hätte, die vielen dunklen Punkte in der Innervation des Kehlkopfs und ihren krankhaften Zuständen aufzuklären, sondern augenscheinlich infolge einer durch die Hitze des Streites bedingten Erschöpfung. In den ersten Lieferungen der vorliegenden Auflage war infolge eines Versehens der wichtige Beitrag Rosenbach's, der zu dem allen älteren Laryngologen denkwürdigen Conflict führte, nicht erwähnt; als die Autoren, Semon und Williams, nachdem das Buch die Presse verlassen hatte, dieses Versehen bemerkt hatten, wurde in den späteren Abdrücken die versehentliche Unterlassung richtig gestellt. Mit Ausnahme des Saundby'schen Falles, in dem die Erweiterer des Kehlkopfs bei einer Erkrankung des N. recurrens infolge Oesophaguscarcinom zuerst betroffen wurden, sind unsere klinischen Kenntnisse in den letzten 10 Jahren wenig, unsere

physiologischen Kenntnisse kaum mehr bereichert worden. Jedoch ist die Uebersicht Semon's, der selbst als Hauptrufer im dichtesten Kampfgewühl stand, bündig, vollständig und werthvoll.

Die in dem Saundby'schen Fall constatirte Ausnahme erschüttert das Rosenbach-Semon'sche Gesetz, das uns gelehrt hat, beim Beginn einer Erkrankung der Kehlkopfnerven oder seiner Centren stets zuerst eine Posticuslähmung zu erwarten. Der Versuch der Verfasser, diese singuläre Erscheinung durch eine chemisch-physiologische Differenzirung zu erklären, dürfte kaum mehr Licht bringen, als der alte tautologische Ausdruck: „grössere Vulnerabilität". Es könnte kaum etwas anderes, als ein göttliches Eingreifen bedeuten.

Im Ganzen genommen sind die Capitel über Kehlkopfkrebs und Kehlkopfneurosen vortrefflich. Diejenigen über Bronchoskopie und Trachealkrankheiten sind verhältnissmässig umfangreicher als gewöhnlich, was durchaus recht ist.

Es sind noch einige Druckfehler oder Irrthümer in Bezug auf Namen zu erwähnen, so Goodall anstatt Goodale auf Seite 285.

Jonathan Wright (New York).

---

## b) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 18. Februar 1908.

A. Castex: Schwere Parasyphilis des Larynx.

C. stellt einen 44jährigen Mann vor, den er seit einem Monat in Beobachtung hat. Die Krankheit soll nach Aussage des Patienten seit 2 Jahren bestehen. Epiglottis, Vestibulum laryngis und ein Theil der Zungenbasis sind von grossen grauen Fungositäten eingenommen, die die Gegend ganz unkenntlich machen. Patient hat im Jahre 1887 einen harten Schanker gehabt. C. hält die vorliegende Erkrankung für eine „parasyphilitische Affection" des Kehlkopfs, dabei denkt er aber an die Möglichkeit einer Umwandlung in Epitheliom. Bisher sind nur antiseptische Inhalationen gemacht worden; sollte jene Umwandlung aber stattgefunden haben, so soll die Tracheotomie gemacht werden.

Cauzard: Nasenrachenpolyp.

C. stellt einen im Jahre 1900 von Le Bec wegen Nasenrachenpolypen operirten Kranken vor, der im Jahre 1902 und Ende 1903 von ihm selbst wieder operirt worden ist. Das letzte Mal wurde auch der linke Sinus maxillaris eröffnet, aber frei befunden. C. hat ihn 1904 der Gesellschaft auf dem Wege der Heilung vorgestellt. Jetzt ist wieder ein grosser Polyp in der linken Nasenhöhle und der Choanalgegend vorhanden. Patient ist infolge häufiger Blutungen sehr anämisch geworden. C. ist geneigt, die Rhinotomie nach der Methode Moure's zu machen.

Georges Laurens hat mehrere derartige Fälle operirt; er findet, dass man den besten Zugang mittels der sublabialen Methode erhalte. In einigen Fällen hat er damit die temporäre oder definitive Resection der aufsteigenden Oberkieferapophyse verbunden. Er hält dies für die bei kleinen Nasenrachenpolypen mit grossen intranasalen Fortsätzen angezeigte Methode.

Furet hat einen Fall mit Hülfe von Lubet-Barbon nach dessen Methode operirt. Es ging alles gut, bis am 4. Tage eine sehr heftige Nachblutung auftrat.

Castex hat vor 4 Jahren einen 16jährigen jungen Mann an einem Nasenrachenfibrom operirt. Er schien geheilt, bis vor einem Monat plötzlich eine Erkrankung des rechten Auges eintrat, die dessen Enucleation nöthig machte; es stellte sich heraus, dass es sich um eine fibröse oder eine fibrosarkomatöse Masse in der rechten Orbita handelte, die mit der Nase nicht in Zusammenhang stand.

Cauzard: Acute fistulöse Stirnhöhleneiterung. Resection der ganzen Vorderwand des Stirnbeins und der inneren Partie der beiden Orbitalränder.

Unter hohem Fieber trat nach heftigem Schnupfen Oedem der rechten Stirnhöhlengegend und des Augenlides ein. Ein Chirurg machte eine Incision und es entleerte sich stinkender Eiter. C. diagnosticirte eine Sinusitis fronto-maxillaris. Er eröffnete zunächst die Stirnhöhle, fand die Vorderwand perforirt und nekrotisirt und legte in die sehr grosse Höhle ein Drain ein. Nach 14 Tagen wird à froid die Radicaloperation gemacht. Es wird die Vorderwand, das Orbitaldach resecirt, ausserdem aber die inneren zwei Drittel des Orbitalrandes, der Orbitalfortsatz des Stirnbeins. Da das Septum zwischen den beiden Stirnhöhlen perforirt und auch die linke Höhle mit Granulationen angefüllt gefunden wurden, so trug C. auch die Vorderwand der linken Höhle und ein Drittel des linken Orbitalrandes ab. Die Oberkieferhöhle wurde nach Caldwell-Luc operirt. Seit einem Jahre völlige Heilung.

Cauzard stellt ein 8jähriges Mädchen, das hämophil ist und bei dem er die submucöse Septumresection gemacht hat, vor. Die Blutung stand auf Anwendung von Chlorcalcium. Functionelles Resultat gut.

Grossard: Vorstellung von Kranken.

1. Fall von totaler Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand.

Fall von hereditärer Syphilis. Es besteht nur eine kleine ulceröse Perforation als eine Communication mit dem Nasenrachenraum.

2. Schwere syphilitische Zertörungen in Nase und Rachen.

Totaler Verlust des Septums, der Muscheln und des harten Gaumens; der Oberkiefer ist zum grössten Theil destruirt, der Alvealarfortsatz verschwunden.

3. Tumor des aufsteigenden Oberkieferfortsatzes.

34 Monate altes Kind; der Tumor ist haselnussgross. Da das Kind eine tuberculöse Osteitis des rechten Humerus hat, so dachte G. an einen kalten Abscess; die Punction war negativ.

Sitzung vom 10. April 1908.

Robert Foy: Funtionelle nasale Impotenz. Behandlung mittels Erziehung.

F. berichtet über 5 Fälle, deren einen er persönlich beobachtet hat, alle Frauen betreffend, die früher an Nasenverstopfung gelitten hatten und seit Jahren,

obwohl die Nase vollkommen frei ist, Erstickungsanfälle bekommen, sobald sie die Nasenathmung versuchen. Drei von den Frauen weisen einige hysterische Stigmata auf; die beiden anderen nicht. Die letzteren beiden wurden in einigen Tagen mittels Erziehung geheilt. F. hält das Ganze für eine leichte Psychose.

Guisez: Grosser Cricotrachealpolyp. Abtragung mit directer Tracheoskopie. Heilung.

Der Tumor hat die Grösse einer Kirsche und ist zweigelappt. Es war dem Patienten eine Thyreotomie vorgeschlagen worden. Der Stiel des Tumors sass am unteren rechten lateralen Theil des Ringknorpels, ging bei der Inspiration in die Trachea und wurde bei der Exspiration nach oben geschleudert. Es bestanden ausgesprochene Erscheinungen von Athemnoth. Unter Anwendung des Röhrenspatels gelang die Abtragung des Tumors leicht.

Hautant: Der chronische Cocainismus mit nasaler Anwendung,

Es sind einige derartige Fälle von Sollier beobachtet worden. H. hat eine Kranke beobachtet, bei der so starke Cocainmanie bestand, dass sie täglich 10 g verbrauchte. Ausser den allgemeinen Intoxicationssymptomen war als localer Befund eine oberflächliche Geschwürsbildung am Naseneingang zu constatiren, dic mit der Unterdrückung des Giftes schnell verschwand.

Lubet-Barbon hat häufiig bei Cocainomanen eine Perforation des Septums constatiren können, was sich durch die vasomotorische, eine Anämie herbeiführende Wirkung des Cocains erklären lässt. Die Gewebe werden infolge der Anämie in ihrer Vitalität geschädigt und infolge einer Art von Gängrän tritt die Perforation ein.

Paul Laurens: Hirnabscess infolge chronischen doppelseitigen Stirnhöhlenempyems.

Die hintere Stirnhöhlenwand wurde intact, die Meningen normal befunden; man muss eine Infection auf dem Blut- oder Lymphwege annehmen. Der Eiter enthielt Pneumokokken. Die Symptome waren: Verlangsamte Hirnfunction, die an Coma hätte glauben lassen können, Pulsverlangsamung auf 48. Beide Symptome verschwanden nach Eröffnung des Abscesses. Obwohl der Abscess den Stirnlappen einnahm und die Grösse einer Mandarine hatte, kehrten die Hirnfunctionen zur Norm zurück. Die Eröffnung der Abscesshöhle muss sehr ausgiebig sein, mittels eines starken Drains drainirt und der Verband zweimal täglich erneuert werden.

Brindel.

---

### c) Société Française de Laryngologie.

Mai 1908.

Brindel (Bourdeaux): Empyeme bei Grippe.

B. unterscheidet die Empyeme bei Grippe nach ihrer Virulenz und infectiösen Natur wesentlich von den Empyemen gewöhnlichen Ursprungs. Er hat 7 Fälle beobachten können und ist selbst daran erkrankt gewesen. Diese Empyeme sind contagiös. Sie sind charakterisirt durch einen Ausfluss, der anfangs sero-



sanguinolent ist, später eitrig wird, ausserordentlich reichlich und von heftigen periorbitalen Schmerzen begleitet ist. Man constatirt allabendliche Zunahme der Symptome, Osteitis der Wandungen, Einfluss auf den Allgemeinorganismus, den Magendarmcanal, die Bronchien und die Ohren. Die mittlere Dauer der Affection beträgt 14 Tage. Symptomatische Behandlung. Prognose im Allgemeinen günstig.

Raoult (Nancy): Sarkom der Nasenhöhle. Stirnhöhlenempyem. Operation. Zehn Jahre dauernde Heilung.

Es handelte sich um ein 15jähriges Kind, bei dem man im Jahre 1901 die linke Nasenhöhle von einer graufarbigen, mit Eiter bedeckten Masse ausgefüllt fand. Klinisch bestanden alle Zeichen für Sarkom, die histologische Untersuchung eines Fragments ergab jedoch ein negatives Resultat. Als die Symptome einer linksseitigen Stirnhöhleneiterung auftraten, wurde die Höhle geöffnet; die Incision wurde durch die Nélaton'sche ergänzt und von der Oeffnung aus der Tumor curettirt. Nach 2 Jahren Recidiv. Der Kranke starb 1907.

Lavrand (Lille): Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen. Histologische Untersuchung.

Fall I. 14jähriges Kind, dessen Nasenrachen von einem Polypen ausgefüllt war, der die Grösse einer Nuss hatte und von der rechten Choane entsprang. Abtragung mittels einer gekrümmten Zange unter Leitung des linken Zeige- und Mittelfingers. Keine Blutung. Heilung innerhalb weniger Tage mit vorübergehender Lähmung der rechten Gaumensegelhälfte. Histologisch bestand der Tumor aus jungem Bindegewebe und einem reichen Netz von Capillaren und kleinen Venen, was ihn von gewöhnlichen Polypen unterschied.

Fall II. Kleiner langer, dünner Polyp, der mittels der kalten Schlinge entfernt wurde. Histologisch: Polyp, der aus entzündetem lymphatischem Gewebe mit tiefen Einsenkungen nach Art der Mandelcrypten bestand.

Texier (Nantes): Ueber die Insertionsstelle der Nasenrachenpolypen.

Zwei Fälle. In dem ersten inserirte der Stiel des Polypen unmittelbar über der Choane, etwas nach hinten davon. Im zweiten Fall konnte man constatiren, dass der Tumor im Niveau der linken Hälfte des Keilbeins sass. Es geht daraus hervor, dass die Annahme von dem klassischen Ursprung der Geschwülste von dem Gewebe der Cartilago fibro-basilaris ungenau ist und dass der Ursprung häufig am Keilbein resp. am oberen Rand der Choane sich befindet.

Chavanne (Lyon): Fremdkörper der Oberkieferhöhle.

Es handelte sich um Stück Zahnwurzel, das wahrscheinlich bei einer Zahnextraction hineingerathen war.

Jacques (Nancy): Pathologische Anatomie und Behandlung der fibrösen Nasenrachenpolypen.

In 5 von J. beobachteten Fällen war die Insertion rein nasal. Der Stiel sass stets am Nasendach über der Keilbeinhöhle. So erklärt sich das Befallensein der

Nase, der Sinus und besonders der Keilbeinhöhle, ebenso wie das Hindurchwachen durch die Lamina cribrosa. Verf. betrachtet den naso-maxillaren Weg als den rationellsten zur Entfernung des Tumors.

Jacques (Nancy) und Mathieu (Challes): Ueber die Behandlung der widerspenstigen Nasensynechien.

Verf. wenden mit Erfolg folgendes Verfahren an:

1. Perforation der Basis der Synechie mit dem Galvanokauter in sagittaler Richtung.

2. Nach Verschwinden des Aetzschorfes Fixation eines Elfenbeinpflöckchens in Form eines Hemdenknopfes, das bis zur vollkommenen Epidermisirung der Oeffnung (20 Tage) liegen bleibt.

3. Durchtrennung der künstlich hergestellten brückenförmigen Synechie mit dem Galvanokauter von oben nach unten. Nachbehandlung wie bei den gewöhnlichen brückenförmigen Synechien.

Bonain (Brest): Allgemeine Narkose für kurzdauernde Eingriffe.

B. verwendet eine Mischung von gleichen Theilen Chloräthyl und Chloroform.

Dupond (Bordeaux): Epitheliom des Nasenrachens.

50jähriger Mann. Die linke Hälfte des Nasenrachens ist eingenommen durch eine granulirende Masse, die das Gaumensegel nach vorne drängt. In der Parotisgegend grosse Drüsen; eine andere weniger grosse Drüse an der Carotis. Die histologische Untersuchung zeigt, dass es sich um einen epitheliomatösen Tumor handelt.

Luc (Paris): Anwendung der localen Anästhesie zur Radicalbehandlung des Oberkieferempyems.

Aufpinselung einer Cocain-Adrenalinlösung auf die Schleimhaut der unteren Nasenganges, Injection einer Lösung von 1 : 1000 unter die Schleimhaut der Fossa canina; Einführung eines mit letzterer Lösung getränkten Gazestreifens in die Höhle nach deren Eröffnung.

Mignon (Nizza): Grosse Mandelsteine.

Der Stein maass $2^1/_2$ cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite und 1 cm Dicke; sein Gewicht betrug circa 5 g. Der Kranke klagte nur über geringe, seit langer Zeit bestehende Schluckbeschwerden.

Jacques (Nancy): 1. Peritonsilläre Phlegmone tödlich verlaufend infolge Thrombose des Sinus cavernosus.

Der 46jährige Patient wies Zeichen einer rechtsseitigen Peritonsillitis auf. Frühzeitige Incision mit dem Galvanokauter; Entleerung von Eiter. Einige Tage darauf Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Auftreten von Zeichen von Septicämie; Tod am 7. Tage in Coma mit Symptomen von linksseitiger Thrombose des Sinus cavernosus. Die Autopsie ergab: Thrombophlebitis des Sinus cavernosus und coronarius, Osteomyelitis der Sella turcica; Basalmeningitis und einen encephalitischen Herd in der Rinde.

2. Ueber die Jodbehandlung der Rachenulcerationen.

Infolge der Jodausscheidung durch den Speichel wird eine fortwährende antiseptische Berieselung der Geschwüre in Mund und Rachen bewirkt. Auf Grund früherer Untersuchungen, die er über diesen Gegenstand angestellt hat, empfiehlt er interne Jodmedication gegen tuberculöse Erscheinungen in Mund- und Rachenhöhle.

Trétrôp: Die Stimmbandparesen bei der Grippe.

Im Verlauf einer Grippe-Epidemie hat T. sechs Fälle von Stimmbandparese als Folge dieser Infectionskrankheit beobachtet, nachdem alle entzündlichen Erscheinungen vollständig verschwunden waren. T. erklärt diese functionelle Störung durch die Wirkung der Grippe-Toxine auf die motorischen Nerven.

Trétrôp: Nasenstörungen bei Sängern.

Auch geringfügige Affectionen der Nase können infolge der wichtigen Rolle, die diese beim Gesang spielt, sehr erhebliche Störungen bei Sängern bewirken. Bei der Behandlung dieser Affectionen hüte man sich vor energisch wirkenden Mitteln.

Collet (Lyon): Kehlkopfstörungen bei Friedreich'scher Krankheit.

Während 5 Jahren hat C. einen Fall von Friedreich'scher Krankheit beobachten können; er hat Laryxkrisen und bei der laryngoskopischen Untersuchung Motilitätsstörungen constatiren können. Die Larynxkrisen, die mehrere Male auftraten, manifestirten sich durch Schluckbeschwerden, Constrictionsgefühl, Einziehungen, Schweissausbruch, Pulsbeschleunigung etc.

Boulay und Le Marc Hadour (Paris): Bericht über Pharynxparästhesien.

Redner unterscheiden verschiedene klinische Formen: Die benigne Form, die die gewöhnlichen Fälle umfasst und durch ein Gefühl von gène charakterisirt ist, ohne dass es zu Beeinträchtigungen des Bewusstseins oder krankhafter Angst käme. In den schweren Fällen, in denen das Nerveusystem mehr betroffen ist (Neurasthenie, Psychasthenie), herrscht dieses psychische Element vor, können Conplicationen mit Tics, functionellen Phobien etc. bestehen. Die hysterischen Parästhesien nehmen einen besonderen Platz ein, sowohl bezüglich der Pathogenese, wie der Prognose und Behandlung. In pathologischer Beziehung ist der Ausgangspunkt der Parästhesien entweder eine sensorielle Illusion oder eine sensorielle Hallucination. Die Diagnose der pharyngealen Parästhesien ist im Allgemeinen leicht. Die Prognose hängt von dem Terrain ab, auf dem die Krankeit sich entwickelt hat, d. h. von der Suggestibilität des Patienten und seinem Wunsch, geheilt zu werden. Die Therapie kann je nach dem betreffenden Fall variiren, jedoch muss sie immer auf die neuropathische Anlage des Patienten Rücksicht nehmen.

Gaudier (Lille): Die Bier'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Die analgesirenden und umstimmenden Eigenschaften dieser Methode machen sie zu einem ausgezeichneten Linderungsmittel bei der Behandlung der tuber-

culösen Laryngitis. Dieselben Gründe indiciren die Anwendung bei acuten Tonsillitiden, einfachen und abscedirenden, ebenso wie bei der gewöhnlichen Coryza.

Massier (Nizza): Tuberculöse Perichondritis des Kehlkopfs; partielle Epiglottectomie; Ausstossung von Sequestern; Tracheotomie.

Der Patient war, ohne vorher behandelt zu sein, in das dritte Stadium der Larynxtuberculose gelangt. Durch die Abtragung der Epiglottis wurde die Dysphagie erheblich gebessert. M. befürwortet auch die Tracheotomie in diesem Kranhheitsstadium in dem Augenblick, wo infolge entzündlichen Oedems die Gefahr der Asphyxie besteht.

Mahu (Paris): Anwendung des selbsthaltenden Zungenspatels in der Laryngologie.

Das Instrument, das bei geöffnetem Munde die selbstthätige Fixation der Zunge gestattet und dem Chirurgen erlaubt, beide Hände zu gebrauchen, vereinfacht die Technik gewisser Operationen in Mund- und Rachenhöhle, wie die Tubage bei Diphtherie, Staphylorrhaphie, Uranoplastik, Exstirpation von Nasenrachengeschwülsten, Operation adenoider Vegetationen und Enucleation der Tonsillen.

Castex: Partielle Laryngectomie auf lateralem Wege.

Das Verfahren eignet sich besonders für die Epitheliome der hinteren Larynxwand. C. schafft sich einen Zugang von der linken Halsseite aus. Lange Incision auf die Platte des Schildknorpels, Freilegung des knorpeligen Kehlkopfskeletts von vorn nach hinten; Resection des oberen Schildknorpelhorns. Man incidirt darauf in verticaler Richtung die seitliche Pharynxwand und kommt auf die Hinterwand des Larynx.

Lafette-Dupond: Modification an der Operationstechnik der Thyrotomie.

Redner hat den Gedanken gehabt, die Kettensäge für die Durchtrennung des Schildknorpels zu gebrauchen; dieses Instrument soll der Scheere vorzuziehen sein, bei der der Schnitt oft unregelmässig ausfällt und bisweilen die Stimmbänder verletzt werden.

Lannois (Lyon): Zottentumor des Larynx.

Demonstration eines sehr weichen Tumor von der Grösse einer Kastanie, der das linke Stimmband einnahm. Wegen seiner Grösse und seiner Härte war es unmöglich, ihn auf endolaryngologischem Wege zu entfernen nnd man musste zur Thyreotomie schreiten. Der Patient, der 61 Jahre alt war, erlag am nächsten Tage einer Bronchopneumonie. Histologisch handelte es sich um ein Papillom mit Hypertrophie der Rete Malpighi und der Hornschicht.

Mathieu (Challes): Syphilis und Tuberculose.

Beobachtung eines Patienten mit Kehlkopf- und Lungentuberculose, bei dem sich ein Gummi der Nase entwickelte.



Lannois (Lyon): Regeneration einer Stimmlippe nach totaler Entfernung wegen Geschwulstbildung.

Demonstration einer stereoskopischen Aufnahme, die einen Larynx zeigt, bei dem die ganze rechte Stimmlippe sich regenerirt hat, nachdem sie wegen eines sehr circumscripten Epithelioms exstirpirt war.

Bichatou (Reims): Zwei Fälle von Schleimhautpemphigus, deren einer complicirt mit schweren Augenstörungen.

Fall I. 33jährige Frau. Seit 2 Monaten Halsbeschwerden. Es finden sich Pemphigusblasen auf der Schleimhaut des Mundes und des Rachens. Vier Monate später Auftreten von Blasen auf dem ganzen Körper; Tod in noch nicht einem Jahre.

Fall II. 38jähriger Mann. Pemphigus auf der Innenfläche der Wangen, des Gaumensegels und der Rachenwand, complicirt durch Xerose beider Augen.

Sebileau und Glover (Paris): Hyo-Thyrotomie wegen Papillomen bei einem 13jährigen Kind.

Operation vor circa 2 Monaten; 13 Tage nach der Operation Decanulement.

Moure: Man darf nicht zu schnell an die Heilung des Patienten glauben. Man sieht oft noch nach langer Zeit Recidive. Das einfache Tragen der Canüle scheint heilend zu wirken. Er berichtet über einen Fall, in dem die Papillome jedesmal recidivirten, wenn die Canüle geschlossen wurde.

Castex citirt einen gleichen Fall. Er glaubt an die wohlthätige Wirkung vollständiger Stimmruhe. Trivas (Nevers).

## d) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. Januar 1909.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

N. Arnoldson zeigte mikroskopische Larynxpräparate, und zwar:

a) von Angioma cavernosum bei einer 35jährigen Frau,

b) von Fibroma laryngis bei einem 34jährigen Mann,

c) von Haematoma der Plica vocales bei einem 28jährigen Mann (Prediger); das Hämatom sah klinisch wie ein Sängerknötchen aus, und

d) von tuberculösen Infiltrationen im Larynx.

v. Rosen u. G. Holmgren. Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus. Extraction. Heilung.

Ein $2^1/_2$jähriges Mädchen aspirirte um 6 Uhr Vorm. eine Kaffeebohne, unmittelbar danach lästige Hustparoxysmen und Atemnot. Status um 12 Uhr Vorm.: Keine Dyspnoe oder Cyanose, ruhige Athmung; Lunge normal, rechts überall schwaches vesiculäres Athmungsgeräusch. Um 6 Uhr Nachm. wurde der Fremdkörper aus dem rechten Bronchus extrahiert; einige Tage danach Stenosesymptome und rechtsseitige Bronchopneumonie. Heilung.

G. Holmgren: nach allgemeiner Narkose und Kokainisieren des Larynx und der Trachea wurde der Fremdkörper durch das eingeführte Bronchoskop entdeckt und ohne Blutung extrahiert; die Schleimhaut war deutlich angeschwollen und die Luft konnte nur an der flachen Seite der Bohne passiren.

G. Holmgren. Fremdkörper im Oesophagus. Extraction. Heilung.

Eine 30jährige Frau konnte seit 24 Stunden nur flüssige Speise schlucken, weil „ein Knochen im Hals stecken geblieben war". Sie klagte ausserdem über Schmerzen „tief in den Hals" in der Höhe der oberen Brustapertur. 24 cm von der oberen Zahnreihe wurde durch das Oesophagoskop ein sagittal stehender Knochen angetroffen, dessen hinterer Theil mit dem Tupfer, und dessen vorderer Theil, der in die vordere Wand des Oesophagus hineingedrungen war, mit einer Zange entfernt wurde. Heilung. Der 3 cm lange Knochen war nur beim Zurückziehen des tief eingeführten Oesophagoskops zu sehen.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Larynxtuberculose bei einer jungen Frau, die mit gutem Allgemeinzustand an Lungenphthisis (I. u. II. Stadium) litt; der grössere Teil des Taschenbandes war infiltrirt und ulcerirt; Aphonie. In zwei Sitzungen wurde das Infiltrat mit der Curette entfernt; Heilung, die Stimme fast klar.

E. Stangenberg.

---

# III. Briefkasten.

### Zum 25jährigen Bestehen des Centralblatts.

Seit der Veröffentlichung des Berichtes in der Februarnummer ist von der American Laryngological Rhinological and Otological Association eine herzliche Glückwunschadresse eingelaufen, für welche wir auch an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank auszusprechen wünschen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, April. 1909. No. 4.

## I. Referate.

### a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **V. Delsaux. Vortheile der Decimalclassification in der Oto-rhino-laryngologie. (Avantages de la classification décimale dans oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1907.*

Befürwortung des Festhaltens und der Verbesserung dieser bibliographischen Classificationsmethode.

PARMENTIER.

2) **M. Lermoyez** (Paris). **Ueber die Bedeutung der rhino-laryngologischen Untersuchungsmethoden für die allgemeine Diagnostik. (De la valeur des explorations rhino-laryngologiques pour le diagnostic général.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1908.*

Kurze retrospective Rundschau über die Vortheile, welche der allgemeinen Diagnose durch die Erfindung des Laryngoskops durch Garcia, die Begründung der Laryngologie durch Türck und die Verbesserung und Verbreitung der Methode auf der ganzen Welt erwachsen sind. Dank der neuen Explorationsmethoden, die wir hauptsächlich Killian verdanken, schliesst der Verf., beginnt und endet das halbe Jahrhundert, welches sich von Türck bis zu letzterem erstreckt, mit zwei gleich grossartigen Entdeckungen.

PARMENTIER.

3) **K. Kofler. Ein Fall von „Naevus Pringle" der Haut mit Teleangiectasien an den Schleimhäuten und wiederholten Hämorrhagien aus denselben.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik f. Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten des Hofraths O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Gutartige Tumoren der Haut und Schleimhaut, die familiär und hereditär auftreten und alle Uebergänge vom Naevus zum Angiom zeigen können. Der beschriebene Fall gehört in jene Gruppe, in der die Angiombildung vorherrscht.

HANSZEL.





4) **J. Stein. Mundhöhle, Nase und Hals in ihren Beziehungen zum Magen und Darm. (The mouth, nose and throat in their relations to the stomach and intestine.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. bespricht die Complicationen des Typhus seitens der oberen Luftwege, die hyperämischen Zustände im Rachen bei Dyspepsien, bei chronischer Obstipation etc. Der Befund von grossen Mengen Indican im Urin hat ihm stets als wertvoller Hinweis für die Aetiologie manchen hartnäckigen Katarrhs gegolten. Besonders aufmerksam macht Verf. auf zwei Erkrankungen der Speisewege, deren Einfluss auf die Atmungsorgane er nach seinen Erfahrungen sehr hoch schätzt: Erstlich die Atonie des Magens und der Därme. In Folge der durch diesen Zustand bedingten Dilatation von Magen und Darm resultirt eine Enteroptose. Manche chronische Rhinopharyngitis, die jeder Behandlung trotzt, geht zurück, wenn die Atonie der Verdauungswege beseitigt ist. Ferner macht. Verf. darauf aufmerksam, dass im Anfangsstadium eines Oesophaguscarcinoms bisweilen keine anderen Symptome bestehen wie Parästhesien im Pharynx. EMIL MAYER.

5) **Ludvig Nielsen** (Kopenhagen). **Pemphigus oris, pharyngis et laryngis, Seqvelae pemph. conjunctivae.** *Dansk dermatologish Selskab Hospitals-Tidende. No. 26. P. 780. 1908.*

Fall eines 56 jährigen Mannes. E. SCHMIEGELOW.

6) **H. Rudberg. Studien über die Thymusinvolution.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. S. 123. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) **M. Cheval. Untersuchungen über die Lymphocyten der Thymusdrüse. (Recherches sur les lymphocytes du thymus.)** *Bibliogr. Anat. T. 17. p. 189.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

8) **Mac Lennan. Experimentelle Untersuchung über Function der Thymusdrüse. (Experimental investigation into the function of the thymus gland.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1908.*

Das Resultat der Experimente zeigt, dass die Thymusdrüse unnöthig für den Stoffwechsel ist, wenn die Schilddrüse fort ist; ist die Thymusdrüse entfernt, so genügt das Vorhandensein von weniger Schilddrüsensubstanz. Die Wichtigkeit der gegenseitigen Beziehung tritt zu Tage bei gewissen Krankheiten. So giebt es einen Typus von Basedow, wo auf die Exstirpation der Schilddrüse plötzlicher Tod folgt und wo die Section eine vergrösserte Thymus ergiebt. Eine Vergrösserung der Thymusdrüse wird auch — in manchen Fällen gewiss mit Recht — als Todesursache beim sogenannten Status lymphaticus angeschuldigt und nach der Entfernung der Schilddrüse führt die vergrösserte Thymus zu denselben Verhältnissen, wie beim sogenannten Thymustod. In Fällen von Basedow'scher Krankheit, in denen die Entfernung der Schilddrüse als zweckmässig erachtet wird, soll also nach Ansicht des Verf. zunächst der Zustand der Thymusdrüse berücksichtigt werden und falls diese vergrössert ist, soll ihre Entfernung der Thyreodectomie vorausgehen. LEFFERTS.

9) **F. Gwyer. Thymusdrüsenbehandlung bei Carcinom. (Thymus gland treatment of cancer.)** *N. Y. Medical Journal. 25. April 1908.*

Verf. berichtet über seine Versuche, die er mit Anwendung von getrockneter Thymusdrüse bei inoperabeln Fällen von Carcinom gemacht hat; es soll vorübergehende Besserung im Allgemeinbefinden zu constatiren gewesen sein.

LEFFERTS.

10) **C. N. Dowd. Technik der Frühoperation zur Entfernung tuberculöser Cervicaldrüsen. (Technique of early operation for the removal of tuberculous cervical lymph nodes.)** *N. Y. Medical Journal. 22. August 1908.*

D. empfiehlt äusserste Gründlichkeit bei der Entfernung; es sollten möglichst alle inficirten Drüsen entfernt werden. Die Incision soll ein Finger breit unter dem Kieferrand gemacht werden. Der N. facialis muss nach oben gezogen werden, der Sternocleidomastoideus nach hinten. Die V. jugularis interna muss bei der Entfernung der unteren Drüsengruppen vermieden werden. Die Drainage muss gründlich sein.

LEFFERTS.

11) **Aseptischer Oelzerstäuber.** *Med. Klinik. 5. 1909.*

Der Zerstäuber dient zur Anwendung von Menthol, Terpentin u. a. öligen Medikamenten (Louis & H. Loewenstein, Berlin, Ziegelstrasse 28).

SEIFERT.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Ueber die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Gaumendehnung nach Schroeder in Kassel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Der auf der 17. Sitzung der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte (26. Nov. 1905) gehaltene Vortrag in extenso (cf. dieses Centralbl. Bd. 22. 1906. S. 356).

ZARNIKO.

13) **Vittorio de Cigna. Die Nasenathmung und die Mundathmung. (La respirazione nasale e la respirazione boccale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Vol. XVIII. Heft 1 u. 2.*

Verf. will auf Grund einer klinischen Beobachtung und einer Anzahl von Experimenten einen Beitrag zu der Frage liefern, ob das physiologische Leben in einem Organismus bei ausschliesslich oraler Athmung möglich sei. Er beantwortet diese Frage mit einem „Ja“, wenn es sich um einen mechanischen Verschluss im Innern der Nase handelt, wobei also die retronasalen Verstopfungen durch adenoide Vegetationen ausgeschlossen sind. Bei Letzteren seien die Veränderungen, die im Gefolge der behinderten Nasenathmung auftreten, zum Theil auf andere Ursachen zurückzuführen, z. B. die adenoide Intoxication (Masini, Genta), den Status lymphaticus etc. Im Uebrigen kann die Mundathmung völlig an Stelle der Nasenathmung treten, vorausgesetzt, dass der Organismus Zeit hat, sich an den neuen Athemmodus zu gewöhnen. Als physiologischer Act ist der Werth der Mundathmnng gleich dem der normalen Nasenathmung. Als physikalischer Act ist die Mundathmung — immer eine Periode der Gewöhnung vorausgesetzt — etwas

verschieden von der Nasenathmung und durch erheblich weitere Muskelexcursionen charakterisirt.

FINDER.

14) **Gutzmann** (Berlin). **Ueber systematische Uebungen des Mundschlusses.** *Med. Klinik. 45. 1907.*

Vielfache Versuche haben gezeigt, dass manche Kinder nicht deshalb Mundathmer waren, weil die Nase oder der Nasenrachenraum verlegt war, sondern weil die gesammte Schliessmusculatur des Mundes zu schlaff entwickelt war. Gutzmann lässt deshalb bei allen Fällen von chronischer Mundathmung ohne Nasenathmungshinderniss systematische Uebungen der Schliessmusculatur anstellen. Er hat in den letzten Jahren mit kleinen Instrumenten gearbeitet, welche den Angehörigen resp. den Kindern in die Hand gegeben werden konnten, älteren Kindern empfiehlt er auch unter Tags bei irgend welcher Beschäftigung ungefährliche Gegenstände zwischen den Lippen zu halten.

SEIFERT.

15) **Krönig** (Berlin). **Ueber einfache, nichttuberculöse Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung.** *Med. Klinik. 40, 41. 1907.*

Spitzeninduration, in deren Gefolge alle Zeichen der Tuberculose dauernd fehlen, dürfen wir klinisch nicht als tuberculös auffassen, selbst wenn eine probatorische Tuberculininjection eine leichte Reaction hervorrufen sollte.

SEIFERT.

16) **Karl Blümel** (Dresden). **Ueber Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung und ihre Differentialdiagnose gegen Tuberculose der Lunge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1908.*

Gestützt auf das Material der Weicker'schen Lungenheilanstalten in Görbersdorf bespricht Blümel Symptomatologie, Pathologie, Diagnose und Therapie der einschlägigen Affection und kommt zu folgender Zusammenfassung: Es giebt eine typische Erkrankungsform der Lunge bei Individuen mit chronisch behinderter Nasenathmung, die zuerst von Krönig als solche beschrieben worden ist; sie besteht in fibröser Induration mit collaptiver Schrumpfung der rechten Lungenspitze und lässt sich zumeist gut gegen Tuberculose abgrenzen in Folge anamnestischer, klinischer und bakteriologischer Verschiedenheiten; event. ist die operative Therapie und das Tuberculin zur Sicherung der Diagnose heranzuziehen. Der negative Ausfall der probatorischen Tuberculineinverleibung (Conjunctival-, Haut- oder subcutane Reaction) ist als beweisend anzusehen, um Tuberculose ausschliessen zu können. Der Krankheitszustand entsteht durch Staubinhalation; voraus gehen Katarrhe des Pharynx, Larynx, der Trachea und Bronchien, die in Folge der Ausschaltung der Nase als Schutzapparat des Respirationstractus entstehen. Die Lungenspitzen erkranken eher als andere Lungenpartien, die rechte eher als die linke in Folge anatomisch-physiologischer Verschiedenheiten. Die Erkrankung ist eine Form der chronischen, fibrösen, interstitiellen Bronchitis. Unter den therapeutischen Erörterungen dürfte der Vorschlag die Rachenmandel mittels der Glühschlinge zu entfernen, unter den Rhinologen wohl wenige Anhänger finden.

HECHT.

17) **P. W. Williams. Wieso hindert mangelhafte Nasenathmung Wachsthum und Entwickelung? (Why defective nasal respiration impedes growth and development.)** *N. Y. Medical Record. 20. August 1907.*

Die schädlichen Wirkungen der Mundathmung bei Kindern werden besprochen, ohne dass wesentlich neue Gesichtspunkte zu Tage treten.

LEFFERTS.

18) **Robert Leroux. Nasenverstopfung und Tuberculose. (Obstruction nasale et tuberculose.)** *Annales des maladies de l'oreille. Juni 1907.*

Die Nasenverstopfung begünstigt die Entwickelung der Tuberculose durch Beeinträchtigung der Abwehrmittel der Nase, durch die Erzeugung von Thoraxdeformationen, die eine Verminderung der Lungenventilation bewirken, durch Entwickelung intercurrenter Erkrankungen, durch ungenügende Mastication etc.

BRINDEL.

19) **E. Edwin Foster. Der Einfluss unvollkommener Nasenathmung auf die Mundhöhle. (The influence of imperfect nasal respiration on the oral cavity.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1907.*

Unter den Wirkungen der Mundathmung nennt Verf. folgende: Indigestion; Blutarmuth; verminderte Widerstandsfähigkeit, besonders der oberen Zähne und des Respirationstract; Deformitäten des Oberkiefers nebst unvollkommener Dentition.

Es ist zur Beseitigung dieser Schäden oft das Zusammenarbeiten des Dentisten und Rhinologen erforderlich.

EMIL MAYER.

20) **Villar Urbano** (Malaga). **Bedeutung der Nasenathmung vom hygienischen Standpunkt. (Importancia de la respiracion nasal desde el punto de vista de la higiene.)** *Revista des especialida de médicas. 1. Februar 1908.*

Nichts Neues.

TAPIA.

21) **W. G. Spencer** (London). **Bemerkungen über Nasenverstopfung. (Remarks on nasal obstruction.)** *British Medical Journal. II. p. 129.*

Verf. bekämpft die Lehre von Woakes von der Entstehung der Polypen in Folge einer nekrotisirenden Ethmoiditis. Die primäre Ursache der Polypenbildung bestehe in einer Proliferation des submucösen Gewebes mit Zunahme der Vascularisation. Wenn dann das Bindegewebe von Serum durchtränkt sei, so bilde sich ein Polyp.

JAMES DONELAN.

22) **W. S. Syme** (Glasgow). **Einfache Nasenverstopfung. (Simple nasal obstruction.)** *The Practioner. London, März 1908. p. 326.*

Verf. giebt eine cursorische Uebersicht über die häufigsten Ursachen der Nasenverstopfung, in der nichts Neues für den Specialisten enthalten ist. Die Definition der einfachen Nasenverstopfung als „Verlegung des freien Luftdurchtritts" bedarf der Einschränkung dahin, dass die Obstruction in der Nase gelegen ist.

JAMES DONELAN.

23) **Escat** (Toulouse). **Diagnose und Abmessung der Atheminsufficienz durch den Rhinomanometer. (Diagnostic et mesure de l'insuffisance respiratoire par le rhinomanomètre.)** *Presse médicale. 16. Mai 1908.*

Verf. schlägt vor, den Rhinometer (Instrumente von Glatzel und Courtade) durch den Rhinomanometer zu ersetzen. Er demonstrirt ein Instrument, das auf dem Princip des Zifferblattmanometers basirt, nach Centimetern und halben Centimetern graduirt ist und gestattet, Inspiration und Exspiration für jedes Nasenloch getrennt zu messen.

GONTIER de la ROCHE.

24) **G. H. Lemoine** und **C. Sieur. Einfluss der Nasenverstopfungen auf die Inspirationserscheinungen. (Influence des obstructions nasales sur les phénomènes inspiratoires.)** *Société médicale des hôpitaux. 18. December 1908.*

Von 54 Individuen, die an Nasenverstopfung aus verschiedenen Ursachen litten, war bei 22 eine Verminderung in der Intensität der Inspiration in der Regio subclavicularis zu constatiren, bei 19 auf der rechten, bei 3 auf der linken Seite. In der Mehrzahl der Fälle bestand die Nasenverstopfung auf der rechten Seite oder es handelte sich um incomplete beiderseitige Obstruction. War die Obstruction linksseitig, so constatirte man 5 mal eine Abschwächung des Vesiculärgeräusches auf der rechten und 3 mal auf der linken Seite. Es scheint also, dass der Sitz der Obstruction Einfluss auf die Localisation der Inspirationsanomalie hat. Nach der Operation tritt in den ersten Tagen keine Modification der Respiration ein, nach einigen Monaten jedoch war die Intensität des Athemgeräusches stärker und kam dem der anderen Seite gleich oder übertraf sie.

GONTIER de la ROCHE.

25) **Lumsden. Nasendilatator zur dauernden Dilatation der vorderen Nasenlöcher in Fällen von Nasenverstopfung. (Nasal dilatator for continuous dilatation of the anterior nares in cases of nasal obstruction.)** *Lancet. 7. October 1906.*

Angefertigt bei Arnold & Sons. Illustrirte Beschreibung.

ADOLPH BRONNER.

26) **Schönstadt** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von knöchernem Choanenverschluss.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Es handelte sich um ein 15 Wochen altes Kind, bei dem die linke Choane knöchern verschlossen war.

ALBANUS (ZARNIKO).

27) **John E. Mc Kenty. Congenitaler Choanalverschluss; nebst Bericht über zwei Fälle. (Congenital occlusion of the choanae; with report of two cases.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1907.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine knöcherne Atresie auf der rechten Seite und zwar betrug die Dicke der knöchernen Wand ca. 6 mm. Auf dieser Seite bestand eine Deviation des Septums und die Muscheln waren atrophirt. Dagegen war links die Nase weit, die Muscheln gut entwickelt und die hintere Oeffnung war verschlossen durch einen Knochenreif und eine Membran, die excentrisch nach oben und aussen gelegen war. Der Nasenrachen war in seinem perpendiculären Durchmesser stark verkürzt. Die geschlossenen Choanen waren von einer glatten Schleimhaut überzogen.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine knöcherne Atresie der rechten Choane; auch hier bestand eine Deviation des Septums nach rechts und zwar in dessen hinteren zwei Dritteln. Die linke Seite war normal. LEFFERTS.

28) **T. Rule Fritts. Verschluss der Choanen. (Occlusion of the posterior nares.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes: er erinnert daran, dass im Jahre 1898, als er zwei Fälle seiner Beobachtung berichtete, im Ganzen deren nur 19 bekannt waren. LEFFERTS.

29) **Uffenorde. Ein Fall von Choanalatresie mit Demonstration.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 475. 1908.*

Einseitige knöcherne Choanalatresie bei 11 jähr. Knaben. Die Knochenplatte war 1 mm dick.

Als zweckmässiges Operationsverfahren der einseitigen knöchernen Atresie möchte U. empfehlen vorerst submucöse Resection des Septums und daran anschliessend Resection der Knochenplatte. OPPIKOFER.

30) **S. Pusateri. Ueber das Verhalten der Fremdkörper in den Nasenhöhlen. (Sul comportamento dei corpi estranei nelle cavità nasali.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. XVII. Heft 6. XVIII. Heft 1. u. 2. 1907.*

Ein mit Streptococcus pyogenes aureus inficirter Fremdkörper in der Nasenhöhle des Kaninchens bringt hier Veränderungen hervor, die ein Haftenbleiben des Mikroorganismus erleichtern und bisweilen Allgemeininfection und Tod herbeiführen. Minimalste Läsionen der Schleimhaut können als Ausgangspunkt für diese Infection dienen. Der Friedländerbacillus kann auf keine Weise zum Haften auf der Schleimhaut gebracht werden. Der Diphtheriebacillus kann, ob der Fremdkörper bei seinem Eindringen die Schleimhaut verletzt oder nicht, am 4. Tage die Bildung einer Pseudomembran bewirken; er ist aber nicht im Stande, den Tod des Thieres herbeizuführen. Der virulente Tuberkelbacillus führt fast immer (92 pCt.) zu einer localen specifischen Läsion, und in 40 Tagen tritt die Infection der Halslymphdrüsen auf. Ist diese Läsion durch einen Tuberkelbacillus von abgeschwächter Virulenz bewirkt, so kann gegen den 80. Tag hin Heilung eintreten.

Verf. berichtet dann, nachdem er die klinische Seite der Frage ausführlich besprochen hat, 7 hierher gehörige Fälle von Nasenfremdkörpern und Rhinolithen. In einem Fall hatte der Rhinolith, dessen Kern ein Stück Gummi elasticum gewesen war, bei einer 30jährigen Frau seit ihrer Kindheit in der Nase gesteckt, ohne schwere Veränderungen herbeizuführen, nur bestand hochgradige Atrophie der Schleimhaut mit Borkenbildung. In einem Fall hatte der Fremdkörper — ein Knochenstück — zu einer Art Rhinitis caseosa geführt. FINDER.

31) **F. Klaussner** (München). **Ein kurzer Beitrag zu dem Capitel: Fremdkörper in der Nase.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1908.*

Bericht über einen Fall, bei dem eine abgebrochene Messerspitze „in der Richtung von oben aussen nach innen unten gegen die Gaumenplatte fest einge-

keilt“ in der Nase sass. Der fest eingekeilte Fremdkörper konnte erst nach seitlicher Spaltung der Nase „mittels der Lüer'schen Knochenzange gewaltsam aus seiner Umgebung gelockert und entfernt werden“. „Das Corpus alienum entpuppte sich als eine rauhe, schwarz gefärbte, rostige, 5,7 cm lange, 2,4 cm breite, abgebrochene Spitze eines im Griffe feststehenden Messers“, als Erinnerung an einen Stich ins Gesicht vor mehreren Jahren. Die ganzen Beschwerden, die erst in der letzten Zeit aufgetreten waren, bestanden in „erschwerter Luftdurchgängigkeit und etwas Schmerzen in der linken Nasenhöhle“.

HECHT.

32) **Colmenares. Fremdkörper der Nasenhöhlen; ihre Extraction. (Cuerpos extranos de las fosas nasales; su extracción.)** *Boletin del colegio de médicos de la Provincia de Reus. 1908.*

Zusammenfassende Studie im Anschluss an die Mittheilung einiger Fälle.

TAPIA.

33) **Pisano. Ein Fall von Rhinolith. (Un cas de rhinolithe.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 4. 1907.*

Der Rhinolith hatte die Grösse einer Erbse. Verf. giebt den mikroskopischen Befund, den er erhalten.

BRINDEL.

34) **Láng. Rhinolith von ausserordentlicher Grösse.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1907.*

Entfernte den 3,8 cm langen, 2,7 cm breiten, 7,8 Gramm wiegenden Rhinolith durch einen Schnitt im Sulcus naso-labialis.

v. NAVRATIL.

35) **Faure** (Paris). **Grosser Rhinolith aus der rechten Nase extrahirt. (Rhinolithe volumineux extrait de la narine droite.)** *Bulletin médical. 2. September 1908.*

Im Jahre 1878 wurde der Patientin wegen Thränenträufeln eine metallene Dauercanüle in den Canalis lacrymalis eingesetzt; sie versäumte es, sie herausnehmen zu lassen. Sie klagte über andauernde Kopfschmerzen, Nasenverstopfung und reichliche Eitersecretion aus der Nase. Nach Abtragung des vorderen Endes der unteren Muschel konnte man einen grossen Rhinolithen extrahiren, in dessen Centrum man das vergessene Röhrchen fand. Der Fremdkörper hatte also sehr lange Zeit in den Thränenwegen gesessen, ohne zu merklichen Reactionserscheinungen zu führen.

GONTIER de la ROCHE.

36) **Cohn** (Bromberg). **Rhinolith.** *Med. Klinik. 42. 1908.*

Rhinolith, gewonnen aus der Nase einer luetischen Patientin als Product eines Fremdkörpers.

SEIFERT.

37) **Hecht** (München). **Ein versprengter Zahn in der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 167.*

Der kurzen Krankengeschichte sind zwei Röntgenphotographien des Falles beigegeben.

F. KLEMPERER.

38) **G. Piolti. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dente soprannumerario in una cavità nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Heft 5. 1907.*

Die Beschwerden — eitriger Ausfluss aus der Nase — datirten seit 4 Jahren. Da die Extraction durch die Nase nicht gelang, so wurde in Narkose in der Labio-Gingivalfurche eine Incision gemacht, die Apertura piriformis freigelegt und der Zahn — es handelte sich um den Dens caninus — leicht extrahirt. FINDER.

39) **J. Déhan. Die Membranbildungen in Nase und Nasenrachenraum. (Les diaphragmes membraneux du nez et du naso-pharynx.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

D. bespricht ausschliesslich die membranösen Verschlüsse und lässt die knöchernen hier ausser Betracht. Neben den 2 eigenen Beobachtungen — bei einem 27 jähr. Mann linkerseits durchlöcherte Membran nahe dem Naseneingang und bei 44 jähr. Patientin eine mit 2 Oeffnungen versehene Membran hinter den Choanen — konnte Verf. nur 15 Fälle von membranösem Abschluss aus der Literatur zusammenstellen. 11 mal sass die Membran in der Gegend der Choanen und 6 mal nahe dem Naseneingang. Das ganze Krankheitsbild wird eingehend besprochen.

Es ist zu bemerken, dass doch etwas mehr als 17 Fälle von membranösem Verschluss in der Literatur bekannt sind (vergl. z. B. Literaturverzeichnis bei Zarniko, Lehrbuch der Nasenkrankheiten, 1905. S. 263 und Baurowicz, Arch. f. Lar., Bd. 15, 1904, S. 161). Auch nicht ganz zutreffend ist die Angabe, dass eine histologische Untersuchung der Membran bis heute nur durch Prota vorgenommen wurde. OPPIKOFER.

40) **R. Bochalli. Weitere Untersuchungen über das Vorkommen von Meningokokken im Nasenrachenraum Gesunder aus der Umgebung von Kranken.** *Dissert. Breslau 1906.*

Unter den 16 gesunden Stubengenossen eines an Genickstarre erkrankten Soldaten fand B. bei 10 (62,5 pCt.) Meningokokken im Nasenrachenraum. Aber auch bei den übrigen Mannschaften des Bataillons waren Meningokokkenträger nachweisbar; bei derjenigen Compagnie, zu der der Kranke gehört hatte, fanden sich Meningokokken bei 11,4 pCt. der Fälle und bei den übrigen 3 Compagnien, die mit dem Kranken und seinen Stubengenossen in weniger nahem Verkehr gestanden hatten, noch bei 5,4 pCt.

Zur Controle dehnte B. seine Untersuchungen auf einen zweiten Militärplatz aus, auf welchem zur Zeit Fälle von epidemischer Genickstarre unter dem Militär und der Civilbevölkerung fehlten; bei keinem der hier untersuchten 40 Soldaten waren Meningokokken auffindbar.

Bei einem Theil der Meningokokkenträger wurden wiederholte Nachuntersuchungen vorgenommen; B. konnte beobachten, dass die Meningokokken aus dem Nasenrachenraum bereits nach kurzer Zeit verschwinden.

Die sofortige Isolirung der nächsten Umgebung nach Ausbruch eines Genickstarrefalles ist unbedingt erforderlich und soll so lange ausgeführt werden, bis bei wiederholter Untersuchung keine Meningokokken nachzuweisen sind. OPPIKOFER.

41) **Kutscher** (Berlin). **Ueber Untersuchungen der Nasenrachenhöhle gesunder Menschen auf Meningokokken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1906.*

Im Mai und Juni 1905 hat Verf. im Berliner Institut für Infectionskrankheiten 104 Proben von Nasenrachensecret gesunder Personen, die mit Meningitiskranken nicht in Berührung gekommen waren, auf Meningokokken untersucht, immer mit negativem Resultat. Dagegen konnte er in 2 Fällen, die in Beziehung zu Meningitiskranken getreten waren, Meningokokken isoliren. Im Winter 1905/06 wurden die Untersuchungen fortgesetzt. Diesmal fand Verf. unter 56 Fällen 4 mal Meningokokken vor. Genaue Beschreibung des Untersuchungsverfahrens. Discussion der Wege, auf denen die Kokkenträger inficirt werden können.

ZARNIKO.

42) **Dopter. Untersuchung auf Meningokokken in den Nasenhöhlen. (Recherche des meningocoques dans les fosses nasales.)** *Presse médicale. No. 88. 31. October 1908.*

Die Untersuchungen dürfen nicht in der Nasenhöhle selbst, sondern im Nasenrachen angestellt werden; sie müssen nicht nur meningitische Individuen, sondern auch „Träger von Keimen“ betreffen. Der sichere Nachweis kann nur geführt werden durch die Zuckergährung und die Agglutination durch ein specifisches Serum.

GONTIER de la ROCHE.

43) **Le Noir** und **Jean Camus** (Paris). **Untersuchung auf Tuberkelbacillen in den Nasenhöhlen gesunder und tuberculöser Menschen. (Recherche du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales d'hommes normaux et dans celles des tuberleux.)** *Société de Biologie. 21. November 1908.*

Die Untersuchungen wurden angestellt bei Aerzten und Krankenpflegern, die auf Tuberculoseabtheilungen beschäftigt waren; alle Impfungen hatten ein negatives Resultat. Bei $^{3}/_{10}$ der Tuberculosen, bei denen Tuberkelbacillen im Auswurf vorhanden waren, waren die Untersuchungen von positivem Ergebniss.

GONTIER de la ROCHE.

## c. Mundrachenhöhle.

44) **Troullieur** (Lyon). **Ueber die Mund- und Rachenulcerationen beim Typhus; auf 220 nicht veröffentlichte Beobachtungen sich stützende Studie. (Des ulcérations bucco-pharyngées de la fièvre typhoïde. Etude basée sur 220 observations inédites de fièvre typhoïde.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1908.*

Eingedenk der Nachforschungen seiner Vorgänger studirt der Autor die anatomischen Charaktere und Symptome, die Häufigkeit, die Entstehung, die anatomopathologische Pathogenie, die Diagnose und Behandlung der von ihm als „Mundulcerationen des Typhus“ bezeichneten Erscheinungen, welche nach Letulle ein im Verlaufe des Typhus ziemlich häufig vorkommendes Zeichen ausmachten.

PARMENTIER.



45) **A. Oidtmann** (Amsterdam). **Carcinom der Wangenschleimhaut. (Carcinom van het wangslymolies.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1369. 1908.*

Die Prognose dieses Leidens ist eine äusserst bedauerliche. O. berichtet über einen geheilten Fall bei einem 50 jährigen Herrn, den er vor $6^1/_2$ Jahren operirte und bei dem bis jetzt kein Recidiv aufgetreten ist. Es handelte sich um ein Ulcus carcinomatosum der rechten Wangentasche, das auf den Processus alveolaris des Unterkiefers überging. Aussen fühlt man am vorderen Masseterrand einen sich nach unten in eine geschwollene Drüse fortsetzenden, harten Strang. Die Operation fing an mit dem Kocher'schen Schnitt für die Exstirpation der Glandula submaxillaris. Von da aus wurde die ganze Wange bis auf die äussere Haut mitsammt Carcinom, Drüsen, Muskeln und Periost in toto abgetragen, die Molares extrahirt und der Processus alveolaris entfernt. Die Lippe wurde vernäht, gleichfalls der grössere Theil des Hautschnittes. Nach 10 Tagen war die Wunde bis auf ein paar granulirende kleine Stellen geheilt.

H. BURGER.

46) **Vilanova** (Barcelona). **Krebs der syphilitischen Raucher. (Cancer do los fumedores sifiliticos.)** *Revista de ciencias medicas de Barcelona. Mai 1907.*

Verf. vermuthet das Vorkommen einer besonderen Form von Zungencarcinom bei syphilitischen Rauchern.

TAPIA.

47) **Warren J. Collnis. Krebs der Mundhöhle und Zunge. (Cancer of mouth and tongue.)** *American Surgery. October 1908.*

Bei Operationen wegen Carcinom der Mundhöhle und Zunge ist die Beziehung des Lymphsystems zu der primären Geschwulst von der grössten Bedeutung. Carcinome der Mundhöhle und Zunge sind locale Erkrankungen, die auf die den Ausgangspunkt der Erkrankung umgebenden Gewebe und das angrenzende Lymphsystem begrenzt sind: innerliche Metastasen sind selten. In zweifelhaften Fällen soll die mikroskopische Untersuchung gemacht werden. Die antiluetische Behandlung giebt keinen sicheren Anhalt und sollte eventuell einen chirurgischen Eingriff nicht verzögern.

Verf. betont die Wichtigkeit einer gründlichen Entfernung der Drüsen: der Operationsweg durch den Kiefer giebt den besten Zugang zu dem Operationsfeld, vergrössert aber die Gefahr der Operation.

Die Mortalität variirt je nach dem Umfang der Operation: sie ist am niedrigsten bei der intrabuccalen Operation (5 pCt.) und am höchsten (30—35 pCt.), wenn der Unterkiefer resecirt wird.

Unter 112 Operationen trat bei 16 Fällen innerhalb 3 Jahren kein Recidiv ein, von 57 Fällen von Zungencarcinom wurden 10 (17,5 pCt.) geheilt. Locale Recidive waren häufiger als Drüsenrecidive allein. Nur bei einem Fall trat das Recidiv später als 3 Jahre nach der Operation auf.

EMIL MAYER.

48) **Chambardel. Die Skrotalzunge. (The scrotal tongue.)** *N. Y. Medical Record. 4. Mai 1907.*

Mit diesem wenig anmuthigen Namen bezeichnet Verf. ein eigenthümliches Aussehen der Zunge, das dadurch gekennzeichnet ist, dass die Rückenfläche der-

selben von einer Anzahl symmetrischer Furchen durchzogen ist, die ihr ein runzeliges Aussehen, ähnlich der Skrotalhaut, giebt. Dieser Zustand muss unterschieden werden von pathologischer Furchenbildung, die bei Carcinom, Tuberculose, Syphilis vorkommt und von den physiologischen Furchen, die man bei manchen Personen beiderseits der Mittellinie findet. Die Mundhöhle kann im Uebrigen völlig normal sein; nur besteht häufig Neigung zur Vergrösserung der Speicheldrüsen und Vermehrung der Secretion. Die Aetiologie ist völlig unbekannt; Verf. erhofft Aufschlüsse von der Embryologie oder vergleichenden Anatomie.

LEFFERTS.

49) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Schwarze Haarzunge. (Black hairy tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Nicht jede dunkelgefärbte Zunge kann als Lingua nigra bezeichnet werden. Auch die normale Zunge kann vorübergehend durch Ingesta dunkel gefärbt werden; bei Personen, die viel Tabak rauchen, können auch leukoplakische Flecken, zu denen ja solche Individuen besonders neigen, eine grau-schwärzliche Färbung annehmen. Bei Morbus Addison findet man bisweilen im Munde sogenannte Melanoplakie; diese Flecken jedoch, bei denen es sich um eine Pigmentablagerung im Rete Malpighi ohne Epithelproliferation handelt, finden sich im Gegensatz zu der Lingua nigra meist auf den Lippen und der Innenseite der Wangen.

Das beste Mittel ist die locale Anwendung von 10proc. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, das durch das in statu nascendi wirkende O direct die färbende Substanz zerstört. Das Mittel muss jeden Tag angewendet werden; wo die Färbung sehr dunkel ist, sind zwei Applicationen täglich angezeigt.

EMIL MAYER.

50) **Morestin. Behandlung der Leukoplakia lingualis. (Traitement de la leucoplasie linguale.)** *Société de chirurgie. 16. December 1908.*

Verf. wendet zuerst eine specifische Behandlung an und excidirt dann sehr breit die Plaques.

Lucas Championnière betrachtet diese Läsionen als ein „noli me tangere“ und erblickt in der chirurgischen Behandlung die Gefahr einer Umwandlung in Carcinom.

Reclus Second meint, man dürfe nur dann operiren, wenn eine Umwandlung in Epitheliom stattgefunden habe.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Sergent** (Paris). **Leucoplakia bucco-lingualis in der allgemeinen Medicin; ihre semiologische Bedeutung für den Nachweis der Syphilis. (La leucoplasie bucco-linguale en médecine générale; sa valeur seméiologique dans la recherche de la syphilis.)** *Journal des Practiciens. 39. Januar 1909.*

Nach der Ansicht des Verf.'s muss die Leukoplakie durchaus als ein Stigma der Syphilis betrachtet werden. Er empfiehlt Pinselungen mit 2proc. Lösung von Kalibichromat oder noch besser die tiefe Galvanokaustik. Die specifische Behandlung kann nur eine mercurielle sein, wogegen Verf. vor Jod warnt.

GONTIER de la ROCHE.



52) **Lacapère** (Paris). **Heredo-syphilitische Zungenleukoplakie. (Leuceplasie linguale hérédo-syphilitique.)** *Société médicale des hôpitaux. 16. October 1908.*

30jähriger Mann, bei dem die Affection seit ca. 20 Jahren bestand. Patient raucht nicht und hat niemals Syphilis gehabt. Der Vater ist an Tabes gestorben und wurde lange mit Hg behandelt.
GONTIER de la ROCHE.

53) **Urunuela** (Madrid). **Zungengeschwüre. (Ulceras de la lengua.)** *Revista ibero-americana de ciencias médicas. Januar 1907.*

Zusammenfassende Studie.
TAPIA.

54) **Decréquy. Syphilitischer Zungenschanker, entstanden bei einem 8jährigen Kinde nach Zahnextraction. (Chancre syphilitique de la langue survenu après une extraction dentaire chez un enfant de huit ans.)** *Revue de stomatologie. No. 10. October 1907.*

Der Schanker trat 3 Wochen nach der Extraction des zweiten rechten unteren Molaris auf.
BRINDEL.

55) **Charles Ryall. Epitheliom und Syphilis der Zunge. (Epithelioma and Syphilis of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Verf. behauptet, eine enorme (? Ref.) Zahl von Fällen gesehen zu haben, in denen bei syphilitischer Erkrankung der Zunge sich Epitheliom entwickelte.
LEFFERTS.

56) **E. Ungermann. Ueber einen Fall von Athyreosis mit vicariirender Zungenstruma.** *Dissert. Königsberg 1906.*

Das Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle und das Vorhandensein einer kastaniengrossen Zungenstruma wurde bei dem 30jährigen tuberculösen Individuum erst bei der Section entdeckt. Genaue histologische Untersuchung und Zusammenstellung von 25 analogen Fällen aus der Literatur.
OPPIKOFER.

57) **Goyanes** (Madrid). **Ein Fall von Mixo-Chondro-Osteom der Zunge. (Un caso de mixo-condro-osteoma de la langua.)** *Siglo médico. 15. Februar 1908.*

Patient hat seit einem Jahre einen Tumor am rechten Zungenrand, der schmerzhaft, roth und hart ist. Exstirpation; Heilung. Histologische Untersuchung: Mischgeschwulst mit myxomatösen, chondromatösen, fibromatösen, osteomatösen Partien. Man konnte deutlich die Umwandlung des myxomatösen Gewebes in Knochengewebe durch die Zwischenstadien des Bindegewebes und Knorpels hindurch beobachten.
TAPIA.

58) **Ehrlich** (Wien). **Zur Statistik des Zungencarcinoms.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 88. 1909.*

In der Klinik v. Eiselsberg's kamen in den letzten Jahren 51 Fälle von Zungencarcinom zur Operation, von denen 13 starben und 7 dauernd geheilt wurden.
SEIFERT.

## d. Diphtherie und Croup.

59) **Schultze** (Berlin). **Zur Statistik und Klinik der Diphtherie im Krankenhause Bethanien (1903—1908).** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 88. 1909.*

Von 602 Fällen von Diphtherie starben unter Anwendung von Heilserum 106 = 17,61 pCt., während früher 53,4 pCt. gestorben waren. Die Tracheotomie war nur bei 32,3 pCt. nöthig, früher bei 60,5 pCt. der Fälle. SEIFERT.

60) **Meyer Solis-Cohen. Diphtherieträger; deren Entdeckung und Ueberwachung. (Diphtheria carriers; their disçovery and control.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Januar 1909.*

Verf. stellt fest, dass Personen, die häufig mit einem Diphtheriekranken in Berührung kommen, virulente Klebs-Löffler-Bacillen auf ihren Schleimhäuten haben. Bei diesen Personen kann sich später Diphthorie entwickeln oder sie können, wenn sie gesund bleiben, als Verbreiter derselben wirken. Träger von Diphtheriebacillen sollen isolirt werden, bis sie bakteriologisch rein sind. Die Controle kann nur durch das Culturverfahren geübt werden. LEFFERTS.

61) **Thomas-Hubbard. Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1908.*

Es sind sehr viel geringere Antitoxindosen nöthig, als bei Rachendiphtherie; schon nach 3000 I.-E. schwinden oft alle Erscheinungen. Da aber gewöhnlich die Diagnose oft erst spät gestellt ist, so räth Verf., in den ersten 24 Stunden eine Dosis von 6000 I.-E. anzuwenden.

Ausspülungen und Sprays sind wegen der Gefahr einer Infection der Nebenhöhlen oder des Mittelohrs zu verwerfen; eine milde antiseptische Lösung kann mittels eines Tropfglases in die Nasenlöcher eingeträufelt werden.

Diese Fälle sind lange Zeit Bacillenträger; sie bedürfen daher einer langdauernden Isolation. EMIL MAYER.

62) **H. F. Gillette. Unangenehme Wirkungen des Diphtherie-Antitoxin mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zu Asthma. (Untoward results of diphtheria antitoxine with special reference to its relation to asthma.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Januar 1909.*

Von 27 Fällen, bei denen nach Anwendung des Pferdeserums Collaps oder Tod beobachtet wurden, war bei 20 in der Anamnese das Vorhandensein von Asthma oder irgend welchen respiratorischen Symptomen nachweisbar. Verf. warnt vor dem Serumgebrauch bei Patienten, die an Asthma, Heufieber, Bronchitis oder sonstigen Erkrankungen der Athmungswege leiden. LEFFERTS.

63) **Thomas Flournoy. Ein Fall von diphtherischer Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis. (A case of diphtheric laryngitis, tracheitis and bronchitis.)** *Transactions New York Pathological Society. October 1908.*

Pat. war ein Mann, der sich seit einer Woche krank fühlte. 24 Stunden nach der Aufnahme ins Hospital starb er. Die Membranen erstreckten sich von der Epiglottis bis in die feinsten Bronchien. EMIL MAYER.

64) **Lotsch** (Magdeburg). **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 68. 1909.*

Für die allgemeine Praxis eignet sich die Intubation nicht, aber im Krankenhause leistet sie Vorzügliches, wie die Erfahrungen von L. zeigen. SEIFERT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **H. Gutzmann. Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen. Zweiter Theil: Pathologische Sprechvorgänge.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. 1. Heft 1/2. S. 432.*

In dem zweiten Theile der gediegenen Arbeit untersucht Verf. erstens die aussergewöhnlichen Kehlkopfbewegungen bei den rein funktionellen Sprach- und Stimmstörungen spastischer Art, und zwar bei der persistirenden Fistelstimme, der persistirenden Tiefstimme, der Phonasthenie, der Aphonia spastica, wobei nur oder vorwiegend die Stimme gestört ist, sowie beim Stottern und bei Aphthongie, wobei der gesammte Sprachvorgang gestört erscheint; ferner bei der Taubstummheit und der Sprache bei angeborener Gaumenspalte, den organischen Sprach- und Stimmstörungen, bei denen aus der Bemühung heraus, das organische Hemmniss zu überwinden, excessive Bewegungen gemacht werden; schliesslich bei einer Reihe von symptomatischen Sprachstörungen, die bei Nervenkrankheiten vorkommen, wie bei der Paralysis agitans und der multiplen Sklerose.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die Untersuchung auf Kehlkopfbewegung und -stellung soll bei stimm- und sprachgestörten Patienten vorwiegend durch die einfachen klinischen Methoden der Inspection und Palpation vorgenommen werden. Die graphische Darstellung der Bewegungen soll stets erst nach der möglichst genauen optischen und taktilen Controlle von Stellung und Bewegung des Kehlkopfes statthaben. Man findet bei allen Stimm- und Sprachstörungen, die als Ausfallserscheinungen anzusehen sind, nur sehr geringe von der Norm abweichende Bewegungen des Kehlkopfes, bei allen denjenigen Störungen aber, die als spastische Coordinationsstörungen anzusprechen sind, ausserordentlich starke Bewegungen. Die Beobachtung des Kehlkopfstandes durch Auge und Hand genügt in den meisten Fällen zum mindesten, um grobe Abweichungen von dem normalen Verhalten des Kehlkopfes festzustellen. J. KATZENSTEIN.

66) **F. Reinking. Ueber inspiratorisches Sprechen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. LVI. H. 3. S. 240.*

Mit genau 2 Jahren Thyreotracheotomie wegen Papillomen des Larynx. Curettage. Entfernung der Canüle nach 3 Tagen. 7 Monate später wegen starker Dyspnoe Tracheotomie; Entfernung der Canüle nach $2^1/_2$ Jahren. Schon während der Zeit, dass die Canüle getragen wurde, sprach Pat. inspiratorisch. Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung im 10. Jahre weichen die Stimmlippen bei tiefer Inspiration auseinander, um sich bei der Exspiration leicht zu nähern. Dagegen tritt beim lauten Sprechen eine völlige Umkehrung der normalen Athmungsverhältnisse ein: während des Sprechens dehnt sich der Brustkorb langsam aus

bis zur tiefsten Inspirationsstellung, worauf eine schnelle energische Exspiration erfolgt. Der dabei einen Moment aussetzende Redefluss beginnt sogleich mit einer neuen langgedehnten Inspiration. Die Stimme ist laut, modulationsfähig, von normaler Klangfarbe, die Sprachlaute auch das r sind normal. Pat. kann nur kurze Zeit exspiratorisch sprechen; bei längerem exspiratorischem Sprechen treten Schmerzen im Halse auf. Bei der Phonation nähern sich die Taschenbänder bis fast zur Berührung und gerathen in Schwingungen, die Stimmlippen sind dabei verdeckt; beim Flüstern bleiben die Stimmlippen und Taschenbänder ziemlich weit auseinander.

J. KATZENSTEIN.

67) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Kritische Bemerkungen zu einer Arbeit von Herrn Dr. P. J. Mink-Deventer: Die Glottis.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. 1. S. 355. 1908.*

Die Hypothesen und Theorien, welche Mink für das Verständniss des Mechanismus der Kehlkopfbewegungen in Pflüger's Archiv, Bd. 123, 1908, S. 131 aufgestellt hat, werden durch Möller kritisirt. Möller empfiehlt Mink, seine Untersuchungen mehr auf experimentellem Wege fortzusetzen.

OPPIKOFER.

68) **Theodor S. Flatau** (Berlin). **Neuere Beobachtungen über die Phonasthenie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 6. 1908.*

Flatau berichtet über den phonasthenischen Kieferschmerz, sodann über die Hyperästhesie und Parästhesie innerhalb der Kehlkopfschleimhaut, als deren Folge auch objectiv wahrnehmbar Reizbewegungen eintreten, das phonasthenische Räuspern und das phonasthenische Schlucken. F. verbreitet sich nun über die Symptomatologie des phonasthenischen Hustens und Schluckens, sowie ihre objectiven Symptome, die in schweren Fällen zu dem von ihm so bezeichneten „phonischen Collaps" führen können. Anschliessend erörtert Autor die Entwicklung der Therapie, zu der er neuerdings „die combinirte Verwendung der Elektrisation mit der Vibration" hinzufügte. Des Ferneren bespricht er die durch Bier'sche Stauung bewirkte Verbesserung der Circulation und Ernährung innerhalb der Kehlkopfbinnenmusculatur.

HECHT.

69) **J. F. Fischer** und **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.** *Mit 10 Röntgenbildern auf 1 Tafel. Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1908.*

Autoren beschreiben die Schwierigkeiten, die sich ergeben, brauchbare Röntgenphotographien des Kehlkopfes für ihre Zwecke zu erzielen. Es gelang ihnen von 5 verschiedenen Versuchspersonen 15 brauchbare Plattenpaare zu erhalten. Sie machten von den Versuchspersonen Aufnahmen bei Intonation sowohl in Brust-, wie in Falsettstimme bei gleicher Tonhöhe und maassen dann direct die Grösse des Spatium crico-thyreoideum. Sie kamen zu dem vorläufigen Ergebniss, dass „bei der Falsettstimme sich der Ringknorpel dem Schildknorpel mehr annähert als bei der Bruststimme, vorausgesetzt, dass die Tonhöhe dieselbe bleibt, dass somit bei der Falsettstimme der M. crico-thyreoideus in relativ höherem Grade thätig ist, als bei der Bruststimme."

HECHT.

70) **Perretière. Die Rolle der Laryngologen in der Gesangskunst. (Le rôle du laryngologiste dans l'art du chant.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 14. 11. April 1908.*

Ein sehr gut geschriebener Aufsatz, der unsere Kenntnisse über den Gegenstand zusammenfasst und aus dem die Nothwendigkeit für den Gesanglehrer hervorgeht, mit dem Laryngologen zusammenzuarbeiten. BRINDEL.

71) **P. Bonnier** (Paris). **Die Stimme der Gesangsschüler. (La voix chez les élèves chanteurs.)** *Académie de médecine. 21. Juli 1908.*

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen bei den drei letzten „Concours du Conservatoire" zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Unterricht insofern irrationell ist, als die Schüler geübt werden, in kleinen Räumen zu singen; sie singen in Folge dessen nur für sich und ihre Lehrer. Ihre Stimme bekommt nicht die Tragfähigkeit, die nöthig ist, wenn sie in grossen Sälen singen sollen.

GONTIER DE LA ROCHE.

72) **G. Hudson Makuen. Die Hauptfactoren der Stimmbildung. (The essentials of voice production.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 30. Jahresversammlung der American Laryngogical Association. LEFFERTS.

73) **Kobrak** (Berlin). **Allgemeine Pathogenese und Symptomatologie der kindlichen Sprachstörungen, insbesondere des Stotterns.** *Med. Klinik. 30. 1908.*

Kurze Darstellung mit Betonung der Wichtigkeit der Anamnese und Hinweis darauf, dass erst eine nochmalige Beobachtung von Einzelfällen es gestatten wird, eine richtige Dosirung der verschiedenen kurz skizzirten therapeutischen Maassnahmen zu treffen. SEIFERT.

74) **Blondiau** (Charleroi). **Abscess des Spheno-temporallappens; Aphasie und motorische Störungen. Heilung. (Abcès du lobe sphéno-temporal.; Aphasie et troubles moteurs. Guérison.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1908.*

Der Abscess rührte von einer Infection her und zwar von einer vernachlässigten Otitis media, den Weg der Lymphbahnen einschlagend. Das was das ursprüngliche symptomatische Detail ausmacht, ist die reine motorische Aphasie. Eine nicht gewöhnliche Beobachtung. PARMENTIER.

75) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopfsymptome bei Syringomyelie.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 49. 1908. Beilage: Gégészet. No. 2.*

Die erste Erscheinung ist die Heiserkeit. Verf. hat einen Fall untersucht, in welchem beide Stimmlippen nahe der Mittellinie fixirt waren und wo er eine Posticuslähmung der linken und eine Posticusparese der rechten Seite feststellte. Weiter war auch eine perverse Action der Stimmlippen zu beobachten.

v. NAVRATIL-POLYAK.





76) **Gerber. Kehlkopfspiegel und Nervenkrankheiten. Beiträge zur Physiologie und Pathologie.** *Festschrift zum 70. Geburtstage von Ludimar Hermann. Stuttgart, Enke. 1908.*

Zur Doppelfeier des 70 jährigen Geburtstages des hervorragenden, besonders auch um die Nervenphysiologie verdienten Physiologen Hermann und des 50 jährigen der Laryngologie soll an einer Reihe von Beispielen gezeigt werden, welche Bedeutung der Kehlkopfspiegel auch für die Erkenntniss vieler Erkrankungen des Nervensystems gewonnen hat.

Fall 1: Bei einem Herrn, der lange wegen Heiserkeit und Husten behandelt war, wird eine beginnende Parese beider Postici als prodromale Larynx-Krise einer Tabes festgestellt.

Fall 2: Gleichfalls eine doppelseitige Posticuslähmung, in weit vorgeschritteneren Stadium mit zeitweise hochgradiger Athemnoth. Auch hier hatte erst die Laryngoskopie das Bild der Tabes aufgerollt.

Fall 3: Bei einem 32 jährigen Herrn, der vor 10 Jahren Lues acquirirte, stellten sich Heiserkeit, Schlingbeschwerden, dann Doppeltsehen und Unsicherheit des Ganges ein. Der Kehlkopfspiegel zeigte eine totale Lähmung des rechten Recurrens. Die weitere Untersuchung ergab dann, dass es sich um eine luetische Affection im Kerngebiete der Nn. recurrens, accessorius, hypoglossus und abducens handelte.

Fall 4: Ein Mann mit acuter Mittelohreiterung klagt viel über Kopfschmerzen und zeigt Schlaffheit der linken Gesichtshälfte. Es wird an eine otogene Complication gedacht. Als sich aber auch Heiserkeit einstellte, wird laryngoskopirt und hierbei eine Parese des linken Recurrens festgestellt. Weitere Untersuchung ergiebt Parese auch des Accessorius und Hypoglossus. Wahrscheinlich luetischer Process (vor ca. 15 Jahren Infection) in der Medulla.

Fall 5: Bei einem 45 jährigen Patienten, der nach Influenza plötzlich an Ohrenschmerzen, Husten und Schwindel erkrankt ist, wozu sich bald Lähmung einer Gesichtshälfte gesellte, wird die Diagnose: Otitis media et interna acuta mit Neuritis N. VII gestellt. Die Ohrerscheinungen bessern sich. Hüsteln und Heiserkeit bestehen fort. Die hieraufhin vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigt eine typische Parese des rechten Recurrens. Die weitere Untersuchung ergab eine deutliche Atrophie des rechten Cucullaris, fibrilläres Zittern der Zunge, Parese des weichen Gaumens rechts, Beeinträchtigungen des Geschmacks. Unempfindlichkeit im rechten äusseren Gehörgang. Hiernach musste die Anfangs auf Rechnung des Labyrinths gesetzte otologische Diagnose zu Ungunsten des Acusticus geändert werden, — womit auch der weitere Verlauf übereinstimmte. Es handelte sich also in diesem Falle um eine multiple Hirnnervenlähmung (Nn. VII, VIII, IX, X, XI, XII) wohl auf Grund einer Influenza—Encephalitis.

In diesem Falle eröffnete also die Laryngoskopie eine ganz neue Perspective, und beseitigte einen zwar recht verständlichen, aber schweren diagnostischen Irrthum.

Zum Schluss der Ausführungen wird darauf hingewiesen, dass der Kehlkopfspiegel oft auch im entgegengesetzten Sinne tätig ist und durch Feststellung eines

negativen Befundes die Situation klärt. So besonders bei den hysterischen Stimmstörungen.

AUTOREFERAT.

77) **J. v. Bókay** (Budapest). **Beiträge zur Klärung des Wesens des Stridor inspiratorius congenitus.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1908.*

Verfasser hat drei Fälle beobachtet und erklärt das Wesen der Krankheit im Einvernehmen mit Thomson dadurch, dass in Folge der Athmungs-Incoordination der infantile Typus des Kehlkopfeinganges der Säuglinge gesteigert wird. Die in solchen Fällen beschriebene rinnenförmige Einbiegung des Kehldeckels ist auch nach Verf. eine secundäre Erscheinung. v. Bókay will auf seine Erfahrungen und auf die in der Literatur mitgetheilten Fälle gestützt im Gegensatze zu Hochsinger bei dem Entstehen des fraglichen Krankheitsbildes der Thymus keine Rolle zuschreiben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

78) **Richard Rahner** (Gaggenau). **Ein Beitrag zur Laryngitis stridula.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Rahner konnte bei mehreren Patienten mit Laryngitis stridula wiederholt und zu verschiedenen Zeiten den Kehlkopf untersuchen und fand wiederholt des Morgens eine geringe ödematöse Infiltration des subglottischen Gewebes, dagegen Abends eine bedeutende Zunahme der subchordalen Schwellung, die er als Ursache der nächtlichen Croupanfälle anspricht. Bei einem Patienten, bei dem am Abend die Schwellung nicht grösser war, wie Morgens, blieben auch die nächtlichen Anfälle aus. Anschliessend streift Autor die Frage, „warum gerade Nachts die Schwellung, bezw. submucöse Durchtränkung des subglottischen Gewebes stattfindet“, weist auf parallele Erscheinungen bei anderen Erkrankungen hin, auf die Wechselwirkung der engen Beziehung zwischen Mensch und Aussenwelt und die interessanten physiologischen Thatsachen der Beziehungen zwischen Pflanze und Aussenwelt, welche letztere ja leichter zu verstehen sind.

HECHT.

79) **R. Hahn. Beitrag zur klinischen Casuistik des congenitalen Kehlkopfstridors. (Contributo alla casuistica clinica dello stridoro laringeo congenito.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Mai 1908.*

Mittheilung dreier Fälle. In zwei derselben glaubt Verf. ausser dem Stridor congenitus noch Anfälle von Laryngismus stridulus beobachtet zu haben; in beiden bestand Mandelhyperplasie. Im dritten Fall fand sich eine angeborene Missbildung des Kehlkopfeingangs, die von dem gewöhnlich gefundenen Typus etwas abwich. Die Epiglottis war weniger resistent, als in der Norm und wurde richtig aspirirt, so dass ihr centraler Theil sich in sichtbarer Weise gegen das Innere zu wölbte, während die Seitenränder in die Höhe stiegen und etwas vibrirten.

FINDER.

80) **A. W. Myers. Congenitaler Kehlkopfstridor infolge vergrösserter Thymusdrüse. (Congenital laryngeal stridor due to enlarged thymus gland.)** *Wisconsin Medical Journal. August 1908.*

In dem berichteten Fall deuteten die physikalischen Symptome auf Thymushyperplasie; diese verschwanden unter Anwendung von Röntgenstrahlen und

gleichzeitig verlor sich der Stridor. Wenn auch nicht alle Fälle von Kehlkopfstridor diese Aetiologie haben, so trifft sie doch gewiss für viele zu.

EMIL MAYER.

81) **Schleifstein. Ein Fall von Dyspnoe spastica. (Przypadek dusznosci spastyczny.)** *Medycyna. No. 30. 1908.*

Verf. hat bei einer seit 9 Jahren an Rachenkatarrh leidenden Kranken eine sehr starke Dyspnoe beobachtet, wobei die Stimmbänder fast symmetrisch während des Athmens zur Mittellinie lagen. Während des Sprechens verengten sie sich gänzlich, wobei die Stimme etwas behindert schien. Nach einigen Tagen war die Kranke gesund. Die Therapie beschränkt sich bei solchen Fällen nur auf physikalische Mittel, besonders methodische Athemübungen, Zureden, schliesslich kalte Douchen, Elektrisation u. s. w. Die Dyspnoe dauert höchstens einige Monate, kommt meist bei weiblichen Individuen vor. Verf. bespricht auch die differentielle Diagnostik des Leidens, wobei er vor dem Identificiren dieser Krankheit mit wirklichem Laryngospasmus warnt, um die Kranken vor etwaigen Eingriffen im Kehlkopf und in der Nase zu schonen. A. v. SOKOLOWSKI.

82) **Hausser** (Madrid). **Keuchhusten und seine Behandlung. (La coqueluche y su tratamiento.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 28. October 1908.*

Verf. wendet das Formol an, das er im Zimmer des Kindes zerstäubt. Eine Woche lang durchgeführt genügt diese Behandlung zur Heilung. TAPIA.

83) **Comas. Ein Fall von Keuchhusten mit Bronchitis. Wirksamkeit des Phenocollum hydrochloricum. (Un caso de tos ferina complicada de bronquitis. Eficacia del clorhidrato de fenocol.)** *La medicina de los ninos. 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. TAPIA.

84) **Bordet. Die Ursache des Keuchhustens. (The cause of whooping cough.)** *N. Y. Medical Record. 12. September 1908.*

Verf. giebt ein Résumé der von ihm und Gengou im Jahre 1906 mitgetheilten (Annales de l'Institut Pasteur 1906) bakteriologischen Untersuchungen. Er nimmt besonders Bezug auf die Arbeit von C. Fränkel (Münch. med. Wochenschr. 11. Aug. 1908), der in 8 Fällen den von Bordet und Gengou gefundenen Bacillus züchten konnte, während er ihn in 30 anderen Fällen nicht fand. Diese negativen Ergebnisse erklärt B. damit, dass der Bacillus, der in den Anfangsstadien fast in Reincultur vorhanden ist, später, wenn Mund und Rachen Sitz von Mischinfectionen seien, sehr schwer auffindbar sei. LEFFERTS.

85) **H. H. Donnially. Die gegenwärtige Kenntniss vom Keuchhusten. (Present knowledge of whooping cough.)** *N. Y. Medical Journal. 19. December 1908.*

Die neueren Statistiken zeigen, dass der Keuchhusten bei Kindern unter 5 Jahren eine grössere Mortalität giebt, als alle anderen Krankheiten mit Ausnahme von Diarrhoe, Enteritis, Pneumonie, Meningitis und Diphtherie. Verf. giebt eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die Krankheit. LEFFERTS.

86) **C. Fraenkel** (Halle a. S.). **Untersuchungen zur Entstehung des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1908.*

Fränkel prüfte die von Bordet und Gengou mitgetheilten Ergebnisse bezüglich des von ihnen gefundenen und als Keuchhusten-Erregers bezeichneten Stäbchens nach und konnte bei einer Reihe Untersuchungsergebnisse ein gleiches, positives Resultat erzielen. Autor bespricht eingehend Morphologie, Biologie, Pathologie und Thierexperiment und berichtet, dass es ihm gelang, bei Affen dadurch, dass er sie 15 Minuten einem dicht zerstäubten Nebel der Mikroorganismen aussetzte, experimentell eine unter dem Bilde des Keuchhustens auftretende und 8—10 Tage anhaltende Erkrankung hervorzurufen. Die Prüfung bezüglich der agglutinirenden Eigenschaften ergab ein unsicheres Resultat. Trotz vieler Hinweise auf die Specifität dieses Stäbchens will Autor die Frage, ob der geschilderte Mikroorganismus nun wirklich als Erreger des Keuchhustens anzusprechen sei, vorerst noch unentschieden lassen. HECHT.

87) **Walther Kaupe** (Bonn). **Ein neues Keuchhustenmittel.** *Münchener med. Wochenschr. No. 27. 1908.*

Kaupe empfiehlt das von der Société anonyme „La Zyma" in Aigle (Schweiz) hergestellte Dialysat der Herba Thymi und Pinguiculae, das ihm unter allen bisher gebräuchlichen Keuchhustenmitteln die besten Ergebnisse brachte. HECHT.

88) **Broeckaert** (Gent). **Recurrensparalysen cerebralen Ursprungs. (Paralysies recurrentielles d'origine cérébrale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 5. 1908.*

Gestützt auf einen frischen persönlichen Fall, betont B. die Unvorsichtigkeit, sich auf Beobachtungen, die nicht mit der äussersten Sorgfalt aufgenommen wurden, zu verlassen, um eine cerebrale Laryngoplegie zu diagnosticiren.

Indem er die seiner Beobachtung vorausgehenden Theorien kritisirt, kommt er zu der Schlussfolgerung, dass wir einstweilen bis zum gegentheiligen Beweis annehmen müssen, dass die Läsion des corticalen Phonationscentrums die Hemiplegie des Larynx nicht herbeiführe. Es sei daher wahrscheinlich, dass die vermeintliche Nichtübereinstimmung der Klinik mit dem Experiment einzig und allein auf der falschen Deutung der Thatsachen beruht; um aber dieses Problem definitiv zu lösen, bedürfe es noch neuer Nachforschungen. PARMENTIER.

89) **Roque** und **Challer. Stimmbandlähmung cerebralen Ursprungs. (Paralysie d'une corde vocale d'origine cérébrale.)** *Lyon médical. No. 3. 13. Juni 1908.*

Patient, ein Alkoholiker, hatte Larynxkrisen gehabt; es bestand Oedem der rechten oberen Extremität.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand man das rechte Stimmband in Medianstellung. Exitus. Autopsie: 2 cm tiefer Erweichungsherd auf der Aussenfläche der linken Hirnhälfte im Parietallappen. Im Mediastinum und an den Recurrentes nichts Besonderes. BRINDEL.

90) W. Gleitsmann. **Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs; einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Lähmungen centralen Ursprungs. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx; introductory remarks on anatomy and physiology; etiology of paralyses of central origin.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1908.*

91) W. E. Casselberry. **Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs; Diagnose und Behandlung. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx; diagnosis and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

92) Rice Clarence. **Symptomatologie der Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs. (Symptomatology of recurrens and abductor paralysis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 30. Jahresversammlung der American Laryngological Association, hier, 1908.

LEFFERTS.

## f. Schilddrüse.

93) Chas. E. Sajous. **Das Adrenothyreoidcentrum. (The adrenothyreoid centre.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai .1908.*

Unter diesem Namen wird die Glandula pituitaria oder ein wesentlicher Bestandtheil derselben verstanden, der durch directe Nervenverbindungen auf die Thyreoidea und die Nebennieren wirkt. Verf. hat eine Theorie über ein Schutzsystem aufgebaut, an das er auch Hoffnungen auf eine wissenschaftlich begründete Therapie knüpft.

LEFFERTS.

94) Louis B. Wilson. **Die pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse bezogen auf die verschiedenen Symptome bei Basedow'scher Krankheit; auf Grund der pathologischen Befunde in 275 Fällen von Morbus Basedow. (The pathological changes in the thyroid gland as related to the varying symptoms in Graves's disease; based on the pathological findings in 275 cases of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

95) Wm. S. Halstead. **Die chirurgische Seite des Morbus Basedow. (The surgical aspects of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Aus einer Discussion vor der New York Academy of Medicine. 16. April 1908.

LEFFERTS.

96) Reinhold Dunger (Johannstadt-Dresden). **Ueber acute nichteitrige Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1908.*

Besprechung der einschlägigen Literatur, Unterscheidung zwischen Strumitis und Thyreoiditis, Erörterung der Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie in eingehender Weise; Betrachtungen über die Beziehungen der acuten Thyreoiditis zur Basedow'schen Krankheit und Mittheilung von 7 Krankengeschichten von acuter nichteitriger Thyreoiditis, die sämmtlich wohl als secundäre anzusprechen sind. Sämmtliche Erkrankte waren weiblichen Geschlechts.

HECHT.

97) **A. Sandvoss. Ungewöhnliche Localisationen des Echinococcus.** *Dissert. Marburg 1907.*

S. referirt über vier Fälle. Bei Fall 2 sass der Echinococcus in der Schilddrüse: Rasch wachsende fluctuirende Geschwulst bei der 22jährigen Patientin: breite Eröffnung, Heilung. OPPIKOFER.

98) **Guillet. Die Hydatidencysten der Schilddrüse. (Les kystes hydatiques du corps thyroïde.)** *Bulletin médical. 20. Januar 1909.*

Ein neuer Fall, der zu den 20 bisher bekannten hinzukommt. Bei dem 29jährigen Patienten hat sich die Cyste seit 11 Jahren entwickelt. Der Allgemeinzustand ist ausgezeichnet; es bestehen nur Compressionserscheinungen von Seiten der Nachbarschaft. GONTIER de la ROCHE.

99) **Viktor Hufnagel** (Bad Orb). **Basedow im Anschluss an tuberculöse Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1908.*

H. berichtet, dass sich in dem der Kinderheilanstalt zu Bad Orb zugehörigen Sanatorium für Erwachsene 6 weibliche Patienten befanden, die neben einem tuberculösen Lungenspitzenkatarrh einen vollentwickelten Basedow zeigten. Diese Vergesellschaftung beider Krankheiten ist auch bei Kindern nicht so sehr selten. Von 1246 Kindern der Anstalt litten 6 an beiden Affectionen, ausserdem 19 an Basedow und Skrofulose. Autor schliesst sich der Annahme Dunger's an, die er hier auf die Tuberculose überträgt, dass das von den im Blute kreisenden Tuberkelbacillen gebildete Gift die eigentliche ätiologische Noxe für den Basedow darstelle. HECHT.

100) **P. Spratling. Das vierte wichtige Symptom bei Morbus Basedow. (The fourth important symptom in exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 12. December 1908.*

Das Symptom besteht darin, dass der Patient nicht im Stande ist, bei forcirter Inspiration den Thorax mehr als 2—2,5 cm auszudehnen. LEFFERTS.

101) **Alfred Stengel. Einige Betrachtungen über Morbus Basedow vom ärztlichen Standpunkt. (Some considerations of exophthalmic goitre from the medical standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Der Practiker hat drei wichtige Typen der Krankheit zu unterscheiden:

1. Fälle mit mässiger Schilddrüsenhyperplasie, mit geringen Symptomen von Hyperthyreoidismus.

2. Typische Fälle von Hyperthyreoidismus mit organischen Veränderungen in der Schilddrüse. Dies sind die Fälle von klassischem Morbus Basedow.

3. Fälle von schon lange bestehendem Kropf oder andersartiger Schilddrüsenerkrankung, zu der Erscheinungen von Basedow hinzutreten. Diese Fälle gehören in das Gebiet der Chirurgie. LEFFERTS.

102) **Baumann. Behandlung des Morbus Basedow mit Antithyreoidin Moebius. (Treatment of exophthalmic goitre with the antithyreoidin of Moebius.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Verf. berichtet über einen vollen Erfolg in einem sehr ausgesprochenen Fall

von Morbus Basedow bei einer 27jährigen Frau. Es wurden zuerst dreimal täglich 8 Tropfen, dann 10 Tropfen gegeben. Die Behandlung dauerte nur drei Wochen; es wurden im Ganzen 30 ccm des Mittels gegeben. LEFFERTS.

### g. Oesophagus.

103) **Armin Huber. Idiopathische Erweiterung des Oesophagus. (Idiopathic enlargement of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. giebt einen sehr ausführlichen Bericht über zwei Fälle dieser beim Lebenden selten erkannten Affection. Die beiden Patienten waren 52 resp. 20 Jahre alt. Die hauptsächlichsten Punkte für das Interesse aus den Krankengeschichten sind, dass es gelang, die Diagnose frühzeitig mittels Röntgenverfahrens zu stellen, ferner die erhebliche Erleichterung, die man den Patienten durch Fütterung mit der Schlundsonde verschaffte. LEFFERTS.

104) **Samuel F. Adams. Spastische Strictur des Oesophagus bei einem 4 Monate alten Kind. (Spasmodic stricture of the esophagus in an infant of four months.)** *N. Y. Medical Record. 24. October 1908.*

Das Kind war normal ernährt. Beim Versuch zu schlucken, trat ein Hinderniss ein, das 16—24 Stunden anhielt. Jeder Versuch zu schlucken, verursachte Regurgitiren. Bis zum Alter von 3 Monaten hatte das Kind gut geschluckt. Beim Versuch, es mit der Schlundsonde zu füttern, wurde ein falscher Weg gemacht und das Kind starb an Pneumonie. LEFFERTS.

105) **Sidney Lange. Die Frühdiagnose der Oesophagusstrictur. (The early recognition of esophageal stricture)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. bespricht den Nutzen der Bismuthmethode. LEFFERTS.

106) **Becker** (Dassel). **Lysol als inneres Mittel bei Oesophaguscarcinom.** *Der pract. Arzt. 1. 1909.*

Als Palliativmittel wird empfohlen: Lysol 10,0, Extr. Condurango fluid. 10,0, Sir. cort. aurant. 80,0. MDS. 2—3stündlich nach Genuss einer Tasse Milch 1 Theelöffel voll langsam herunterschlucken. SEIFERT.

---

## II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Gerber. Die Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen.** Berlin 1909. Verlag S. Karger.

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, „eine Uebersicht zu geben über das, was z. Z. von den Complicationen der Stirnhöhlenentzündung überhaupt bekannt ist“. Diese Complicationen sind es, welche die Stellung der Nebenhöhlenaffectionen in der allgemeinen Pathologie bestimmen und die uns den Contact mit der allgemeinen Medicin suchen und finden lassen. Abgesehen aber von der principiellen Bedeutung ihres Vorkommens ist ihre grössere oder geringere Häufigkeit für ihre Bewertung ausschlaggebend. Sind jene schweren Mitaffectionen des Auges und des

Hirnes nichts als vereinzelte üble Zufälle, so verdienen sie keine Beachtung, sind nur eine Quantité négligeable. Sind sie aber häufiger, als man bisher annahm, so gebührt ihnen auch mehr Aufmerksamkeit als man bisher dafür gehabt hat.

Vorbedingung für das Uebergreifen einer Nebenhöhlenerkrankung auf die Nachbarschaft ist die Erkrankung der Höhlenwand: „ihr Intactsein verbürgt dem Organismus die Gewissheit einer rein localen Erkrankung“ (Eiterresorption bei gesunder Knochenwand, die Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen treffen nur für die geringere Zahl der Fälle zu): „ihre Mitaffection eröffnet eine ganze Reihe verhängnissvoller Möglichkeiten.“ Dem Nachweis nun, dass bei Stirnhöhlenerkrankungen die Knochenwände viel häufiger in Mitleidenschaft gezogen werden, als man bisher anzunehmen pflegte, dient der erste Theil des Gerber'schen Buches. Er hat aus der Literatur und seinem eigenen Material folgende Fälle zusammengestellt: Periostitis und Ostitis (subperiostaler Abscess) 78 Fälle, darunter 8 eigene; Caries und Nekrose (Antritis frontalis abscedens) 319 Fälle, darunter 11 eigene; Antrit. frontal. dilatans: a) Empyema cum dilatatione 38 Fälle, darunter 3 eigene; Mukocele und Pyocele, Cysten, Hydrops 178 Fälle; Pneumatocele 14 Fälle, Cholesteatom 5 Fälle.

All diese Affectionen werden mit ausführlichen Krankenberichten belegt, welche die verschiedenen Phasen der einzelnen Krankheitsprocesse deutlich hervortreten lassen. Die Wichtigkeit einer noch sorgfältigeren Beachtung und Bewerthung eventueller Betheiligung der Knochenwände wird überzeugend dargethan. Wie lange diese noch einer spontanen Rückbildung fähig sind, wann eine Radicaloperation conditio sine qua non ist, — das zu entscheiden, reicht nach Ansicht des Ref. das vorhandene Material noch nicht aus. Besonders hervorheben möchte ich aus diesem Abschnitt die Besprechung der Antritis frontalis dilatans, welche eine befriedigende Lösung der bisherigen Gegensätze anbahnt.

Die gleiche Genauigkeit und Klarheit wie bei diesen klinischen Capiteln finden wir bei der Bearbeitung der Anatomie und Histologie, der Mechanik der Infection und der Bacteriologie. Ueberall tritt der lebendige Zusammenhang zwischen der theoretischen Forschung und den practischen Bedürfnissen deutlich hervor: wir erkennen die folgenschwere Bedeutung der Anomalien der Stirnhöhle, ihr Fehlen, ihre versteckten Nebenräume, die Dehiscenzen in der Knochenwand, die Eigenthümlichkeiten der periostalen Bekleidung, die Zusammenhänge der Blut- und Lymphwege der Stirnhöhle mit denjenigen des Auges und des Schädelinnern, der bakteriellen Flora u. s. w.

Augenveränderung als Complication der Stirnhöhlenerkrankung wurde 454 mal festgestellt (38 eigene Fälle), alle diese werden kritisch und epikritisch genau durchgesprochen: die Veränderungen der Orbita, der Adnexe und des Bulbus, die functionellen Störungen wie die noch recht unklaren Augenaffectionen, bei denen ein directer Zusammenhang mit der Nebenhöhlenaffection nicht nachweisbar ist. Antwortlich der Frage, wie Nasen- und Augenarzt ihre Competenzen gegen einander abgrenzen sollen, scheint G. sich mehr dem Standpunkt Birch-Hirschfeld's als demjenigen Axenfeld's zu nähern, es scheint ihm mehr erstrebenswerth, dass Augen- und Nasenarzt zusammenarbeiten, als dass jeder von beiden auf Kosten des Anderen sein Arbeitsgebiet erweitert.

Bei der Bearbeitung der intracraniellen Complicationen, dieses schwierigsten Theiles der ganzen Materie, tritt der wesentlichste Vorzug der Gerber'schen Monographie, seine methodische Klarheit, ganz besonders wohlthuend hervor. Die ganze Materie wird in folgende Capitel eingetheilt: 1. Stirnhöhlenentzündungen mit septischen und cerebralen Symptomen ohne entsprechenden Operationsbefund (9 Fälle, 1 eigener); er ist geneigt, diese Fälle nach Körner als Vorstufen zur Leptomeningitis anzusehen. 2. Pachymeningitis externa circumscripta, 5 Fälle, sonst häufig als Nebenbefund constatirt, ähnlich wie der 3. Extraduralabscess, der als selbständige Erkrankung 28 mal constatirt wurde, und 4. die Pachymeningitis interna; 5. Meningitis serosa — 3 Fälle; 6. Leptomeningitis purulenta (51 Fälle), bei der Gerber nach den klinischen Erscheinungen drei Formen unterscheidet: a) eine apoplectiforme, b) eine schleichende, c) eine intermittirende; 7. Thrombophlebitis, Pyämie und Sepsis, 13 Fälle. 8. Hirnabscess (65 Fälle) — in jedem einzelnen dieser Capitel sind die Mechanik der Infection, die Pathologie und Symptomatologie eingehend und erschöpfend behandelt. Zum Schluss werden noch die ätiologische Bedeutung der Lues, Tuberculose und der Infectionskrankheiten besprochen und endlich die allgemeinen Verhaltungsmaassregeln, die der Verf. aus dem gesammelten Material zieht. Dass diese recht radical ausfallen bei einem Autor, der jahrelang mit heissem Bemühen alle „Complicationen" aus aller Herren Länder gesammelt hat, ist gewiss leicht zu verstehen. Wer Aehnliches für die Erkrankungen des Blinddarms thun wollte, könnte leicht dazu kommen, sich und all seinen Angehörigen prophylactisch den Appendix entfernen zu lassen. Aber der Schrecken dieser Zahlen wird doch sehr erheblich gemindert, wenn man bedenkt, dass diese 600—700 „Complicationen", aus der ganzen civilisirten Welt zusammengetragen, doch immer nur einen kleinen Bruchtheil der Gesammterkrankungen der Stirnhöhle ausmachen: wieviel Hunderttausende mögen an Stirnhöhleneiterungen leiden und gelitten haben, die niemals einen Arzt consultirt haben, eben weil sie keine Complicationen verursachten, während doch die Fälle, bei denen Auge oder Gehirn miterkrankten, fast ausnahmslos ärztliche Hilfe nachsuchen. Es ist auch wohl begreiflich, dass selbst ein streng conservativer Operateur seine Ansichten ändert, wenn er bei einem anscheinend durchaus harmlosen Falle auf dem Operationstisch oder bei der Autopsie unvermuthet schwerste Veränderungen findet, die vorher nicht diagnosticirbar waren. Ich verstehe es, wenn man nach derartigen Erfahrungen sich entschliesst, lieber 10 Fälle, die vielleicht auch ohne Eingriff ausgeheilt wären, zu operiren, als in einem Falle den rechten Zeitpunkt zu versäumen. Ich kann, wie gesagt, diesen Standpunkt verstehen, aber er ist nicht der meinige, und ich glaube, wenn man an alle Rhinologen der Welt eine Rundfrage richten würde: „Habt Ihr ebenso wie Gerber, der 493 Fälle von Stirnhöhlenaffectionen mit insgesammt 24 Complicationen gesehen hat, 80 mal, d. h. in jedem 8. Falle, eine Radicaloperation für nothwendig gehalten, und wie oft habt Ihr, wenn Ihr conservativer waret, Eure Zurückhaltung zu bedauern gehabt?" — ich glaube, man würde nicht allzuviel Antworten erhalten, die Gerber zustimmen. Ich wenigstens, der ich keine Nebenhöhlenerkrankung für eine Quantité négligeable halte, habe bei der grossen Anzahl von Stirnhöhlenaffectionen, die ich gesehen habe, auch nicht annähernd so oft wie Gerber die Radical-

operation ausgeführt, und doch sind mir bis jetzt trübe Erfahrungen erspart geblieben. — Dass wir bei ernsten Complicationen von Nebenhöhlenerkrankungen operiren müssen, das haben wir aus den Erfahrungen der letzten Jahre gelernt; gern will ich auch Gerber zugeben, dass wir noch zulernen müssen, um die Indicationen zur Radicaloperation immer präciser herauszuarbeiten, aber dass wir umlernen müssten, wie Gerber meint, das will mir nicht recht in den Kopf.

Ich habe es für wünschenswerth gehalten, meine abweichende Meinung ausführlicher, als das sonst in einer Bücherbesprechung der Fall zu sein pflegt, zum Ausdruck zu bringen, weil es mir der Bedeutung der Gerber'schen Monographie zu entsprechen schien, denn ich rechne dieses Buch zu den besten, welche uns die letzten Jahre gebracht haben: ein Werk, das trotz seiner minutiösen Gründlichkeit in der Anordnung der Materie so klar und übersichtlich, in der Diction so gewandt und formvollendet ist, bedeutet einen hohen Gewinn für unsere Disciplin. A. Kuttner (Berlin).

## b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

54. Sitzung vom 8. April 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Jörgen Möller: Röntgenographische Untersuchungen über den Mechanismus der Brust- und Falsettstimme. (In erweiterter Form als Vortrag auf dem 1. internationalen Laryngologencongress gehalten, in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde in extenso veröffentlicht.)

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

55. Sitzung vom 14. October 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Vald. Klein: Fall von ungewöhnlich langgestielter Kehlkopfcyste.

74 jähriger Mann; durch 9 Monate zunehmende Heiserkeit, ferner in der Rückenlage Erstickungsanfälle. Kehlkopfschleimhaut nach vorn stark geschwollen; während des Phonirens wird ein glatter, bohnengrosser Tumor zwischen den Stimmbändern hinauf gepresst; der Tumor wird mittels der kalten Schlinge entfernt, ist wurstförmig, $2^1/_2$ cm lang, 1 cm im Durchmesser; die Insertionsstelle liegt im vorderen Theil des rechten Taschenbandes. Mikroskopie: Eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cyste, deren Wand eine directe Fortsetzung des Schleimhautbindegewebes bildet; die Oberfläche von gewöhnlichem Epithel gedeckt. Nirgends Zeichen von Malignität.

II. E. Schmiegelow: Demonstration von einem Falle tuberculöser Neubildung im Kehlkopfe, durch Thyreotomie geheilt.

49 jährige Wittwe, seit Januar 1907 Heiserkeit, etwas Husten und Auswurf. Juni 1907 wurde eine höckerige Infiltration des linken Taschenbandes gefunden,

das linke Stimmband immobil. Mikroskopie: Plattenzellencarcinom. Es wurde Thyreotomie vorgenommen, beide Taschenbänder wurden entfernt und die Innenseite des Schildknorpels mit scharfem Löffel behandelt. Mikroskopie jetzt: Typische Tuberculose. Die Wunde heilte schnell. Patientin befindet sich sehr wohl, die Stimme nur etwas heiser; das Kehlkopfinnere narbig.

Eigenthümlich ist erstens die falsche histologische Diagnose, dann aber auch, dass ein so ausgedehntes tuberculöses Leiden völlig ausheilte. Hätte S. gewusst, dass es sich um Tuberculose handle, hätte er die Thyreotomie kaum gewagt, indem grössere externe Eingriffe sehr leicht eine acute Miliartuberculose veranlassen. Zum günstigen Erfolg haben zweifellos beigetragen, erstens die energische Entfernung alles krankhaften Gewebes, dann aber auch der primäre Verschluss der Wunde, wodurch die postoperative Reizung der Luftwege verhütet wurde.

III. N. Rh. Blegvad: Oto-laryngologische Eindrücke aus Amerika. Aus einer Studienreise in den Vereinigten Staaten im Winter 1907—08.

Die Specialisirung ist in Amerika sehr weit getrieben, z. B. findet man in Chicago etwa 10 pCt. Oto-Laryngologen gegen 2 pCt. in anderen Ländern. Die Ausbildung ist jetzt bedeutend besser als früher, die Studienzeit ist auf mindestens 4 Jahre fixirt. Oto-Laryngologie ist obligatorisch, die wesentliche Ausbildung der Specialisten findet aber in „Post-graduate Schools“ statt, wo die approbirten Aerzte ihre weitere Ausbildung suchen.

Der amerikanische Specialist zeichnet sich durch grosse Selbstständigkeit und grosses Arbeitsvermögen aus, ferner durch eine grosse Liebenswürdigkeit und Gastlichkeit dem besuchenden Arzt gegenüber. Das Avanciren geht schnell, indem man sich nicht fürchtet, verantwortungsvolle Stellen jüngeren Aerzten anzuvertrauen.

Die meisten Hospitäler erlauben einem jeden Arzt seine Patienten einzuliefern und zu behandeln, ausserdem giebt es aber in den grossen Städten grosse Specialhospitäler; das schönste unter diesen ist „Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital“, das geradezu musterhaft eingerichtet ist; es fasst 125 Betten.

Die Adenotomie wird fast überall in tiefer Narkose ausgeführt. Die Tonsillen werden meistens sehr gründlich entfernt, nach Ablösen der Gaumenbögen pericapsulär ausgeschält. Die submucöse Septumresection wird ausserordentlich viel ausgeführt; die Methode ist sehr wechselnd, am besten ist die von Freer. Auf dem Gebiete der Broncho- und Oesophagoskopie sind die Amerikaner weit vorgeschritten, vor allem zeichnet sich Jackson aus, der sich auch um die Gastroskopie besonders verdient gemacht hat. Die amerikanischen Laryngologen beschränken sich nicht auf die endolaryngealen Operationen, sondern nehmen auch grössere Operationen vor.

IV. P. Tetens Hald: Fall von Oesophaguspolyp (Fibroma lymphangiectaticum) durch Oesophagoskopie entfernt. Demonstration des Präparates.

Ein 58jähriger Mann hatte seit 2 Jahren zunehmende Schlingbeschwerden; er hatte das Gefühl, als blieben feste Speisen irgendwo stecken, dann kamen nachher Schmerzen und Erbrechen. Während der letzten $1^1/_2$ Jahre hatte er sich

fast ausschliesslich von flüssigen Speisen genährt. Die dickste Olivenbougie passirte anstandslos die Speiseröhre. Bei der Oesophagoskopie grösstentheils normale Verhältnisse; als jedoch der Tubus zurückgezogen wurde, erschien plötzlich eine polypenartige Excrescenz vor der Mündung, 20 cm von der Zahnreihe entfernt; sie wurde entfernt, war 4 cm lang, $^1/_2$ cm dick. Mikroskopie: Fibroma lymphangiectaticum. Die Schleimhaut direct oberhalb der Cardia etwas geschwollen und geröthet: ein exstirpirtes Gewebsstückchen ist noch nicht mikroskopisch untersucht worden.

Nach der Entfernung des Polypen nahmen die Schlingbeschwerden allmählich ab; eine vor 3 Wochen constatirte linksseitige Recurrensparalyse ist jetzt zurückgegangen. Bei der Röntgenuntersuchung ist der Schatten der Aorta etwas breiter als normal.

Die gutartigen Neubildungen des Oesophagus sind ziemlich selten; was aber in dem vorliegenden Falle von besonderem Interesse ist, ist die Frage, ob es wirklich der Polyp war, der die Schlingbeschwerden verursachte. Freilich macht sein lymphangiectatischer Bau es möglich, dass er infolge Stauung vielleicht beträchtlich anschwellen konnte; andererseits aber war das Aussehen der Schleimhaut des unteren Theils des Oesophagus sehr verdächtig, so dass es vermeintlich erst nach einer längeren Observationszeit möglich sein wird, sich mit Sicherheit über die wirkliche Ursache der Schlingbeschwerden auszusprechen.

Discussion: Mygind. Jörgen Möller.

### c) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

Sitzung vom Januar 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Kelson: Blutender Nasenpolyp.

Sitz der Geschwulst war vorn am Nasenboden.

Jobson Horne: Fall von Erkrankung der Epiglottis.

Es handelt sich um die Frage der Operation wegen einer malignen Affection.

Tilley: 1. Fibröse und excentrische Einschnürung der Trachea in Höhe des 6. Trachealrings.

Es handelte sich um eine wahrscheinlich syphilitische Veränderung bei einem Manne.

2. Resultat der modificirten Killian'schen Operation bei chronischen Stirnhöhlenempyem.

Sofortiger Verschluss der Wunde, nachdem eine breite Communication mit der Nasenhöhle hergestellt ist. Diese Modification eignet sich jedoch nicht für alle Fälle.

Stuart Low spricht über die Methode Killian's Neuralgien dadurch zu vermeiden, dass man ein Stückchen vom Supraorbitalnerven excitirt.

Jobson Horne: 1. Demonstration von Präparaten von Tracheal-erkrankungen.

a) Gestieltes Papillom an der Bifurcation.

b) Papillom der Vorderwand bei einem Kinde.

c) Trachea einer an Suffocation gestorbenen Frau, deren Wände übersät sind von papillomatösen Excrescenzen: das Bild ähnelt einer syphilitischen diffusen Pachydemie. Metaplasie des Epithels in Pflasterepithel.

d) Diphtherischer Ausguss der Trachea mit zahlreichen Bacillen.

2. Fall von Tumor des äusseren Halses.

Entweder Lipom oder Branchialcyste.

Donelan: Tumor des rechten Schilddrüsenlappens.

Es bestand Dysphagie und Lähmung des rechten Recurrens. Bei dem 50jährigen Patienten trat unter antisyphilitischer Behandlung erhebliche Besserung ein.

In der Discussion vertraten einige Redner die Ansicht, dass es sich um einen bösartigen Tumor handle.

Creswell Baber: Weiche maligne Geschwulst der unteren Muschel bei einer alten Frau.

Sitzung vom 7. Februar 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Parkes Weber: Ein Fall von hereditär entwickelten Angiomen (Teleangiectasien) der Haut und Schleimhäute mit recidivirenden Blutungen.

Der Fall ist beschrieben in Lancet, 20. Juli 1907 und in Report Clinical R. S. M. 10. Jan. 1908. Es fanden sich Teleangicetasien in Mundhöhle, Pharynx und Nase, sowie auf der äusseren Haut.

Sir Felix Semon (für Dr. Sidney Phillips): Ein Fall von multiplen Teleangiectasien.

Der Fall wurde in der klinischen Section der Royal Society of Medicine 10. Jan. 1908 vorgestellt.

Es handelte sich um eine 56jährige Frau mit erhabenen Teleangiectasien auf der Zunge, der Mundschleimhaut und im Nasenloch mit häufigen Blutungen. Der Vater litt an Nasenbluten; eine Schwester starb an Blutungen aus dem Zahnfleisch und die Tochter, die ebenfalls vorgestellt wurde, hatte Gefässerweiterungen auf der Zunge und litt an Nasenbluten.

Brown Kelly: Demonstration von Abbildungen dreier Patienten mit Teleangiectasien der Haut und der Schleimhaut in Nase und Mund.

Sir Felix Semon betont, dass in vielen laryngologischen Lehrbüchern diese Affection nicht erwähnt wird. Die häufigste Stelle, an der in diesen Fällen Blutungen auftreten, ist der Locus Kiesselbach.



Donelan: Makroskopische und mikroskopische Präparate von einer Geschwulst des rechten Schilddrüsenlappens.

(Vorgestellt in der Januarsitzung.)

Tod in Folge Blutung in die Trachea.

Es handelte sich um einen Tumor, der mit der Trachea und dem Oesophagus verbunden war. Es handelt sich um ein Plattenzellencarcinom. Es bestand Infiltration des Vagus.

Donelan: Intranasale Hypertrophie, besonders der mittleren Muscheln mit Kopfschmerzen und fortwährendem, fast ausschliesslich auf die äussere Nase beschränktem Schwitzen.

Es handelte sich um eine 18jährige Frau.

Davis meint, das lokalisirte Schwitzen sei zurückzuführen auf einen Druck, der auf die vasomotorischen Nerven der Nase ausgeübt werde.

St. Clair Thomson: 1. Fall von specifischer Pachydermie (?).

35jähriger Mann mit einer seit 3 Jahren bestehenden Heiserkeit und symmetrischen Erhabenheiten an den Processus vocales.

2. Fall von Mucocele der rechten Stirnhöhle.

Die Symptome bestehen seit 3 Jahren: es ist Verdrängung des Auges vorhanden. Bei Entleerung von Eiter lassen die Beschwerden nach.

In der Discussion geben Tilley und Lack der Meinung Ausdruck, dass eine Erkrankung der Siebbeinzellen vorliege. Einige Redner halten es für rathsam, gleichzeitig das Antrum und die Stirnhöhle zu operiren.

3. Radiographie.

Die Aufnahme soll zeigen, wie man die Grenzen des Siebbeins wie der Stirnhöhle vor der Operation bestimmen kann.

Watson Williams: 1. Mikroskopische Präparate zur Pathogenese einiger Formen von Nasenpolypen.

Die Präparate zeigen eine von circumscriptem Oedem umgebene Gruppe von Lymphgefässen, die mit nach Gram nicht färbbaren Kokken vollgepfropft sind.

Es wird der Gedanke ausgeführt, dass das Oedem durch die Verlegung der Lymphgefässe verursacht worden sein kann.

2. Universal-Kehlkopfzange für die directen und indirecten Methoden.

Jobson Horne: Linksseitige Lähmung der Znnge.

41jährige Frau. Plötzliches Einsetzen der Krankheit vor 5 Monaten, nachdem 3 Tage vorher zur Vornahme einer Zahnoperation eine submucöse Cocaininjection gemacht worden war. Vorher hatten Hinterhauptschmerzen auf derselben Seite bestanden.

Davis legt dem Vorhandensein der Entartungsreaction wenig Bedeutung bei. Er hält die Lähmung für eine functionelle.

Clayton Fox meint, das Vorhandensein gleichzeitiger Schmerzen im Occipitalnerven lege die Vermuthung nahe, dass eine beide Nerven betreffende Affection vorliege, wie ein Wirbelaneurysma.

Harold Barwall: Ein Fall von Nekrose des Aryknorpels.

Chichele Nourse: Ein Fall von Nasensarkom nach der Operation.

Entfernung einer ausgedehnten malignen Geschwulst der Siebbeingegend nach Resection des Processus nasalis des Oberkiefers, sowie von Theilen des Nasen- und Thränenbeins. Schnelle Heilung.

Jobson Horne bezweifelt die sarkomatöse Natur nach dem makroskopischen Befunde.

Stuart Low: 1. Fall von völligem Verschluss der vorderen Nasenlöcher mit partieller und progressiver Atresie des Naso- und Oropharynx.

Frau von 39 Jahren, deren Anamnese an hereditäre Syphilis denken lässt. Calmetteprobe und Tuberculininjection legen die Vermuthung auf Tuberculose mit Syphilis nahe.

2. Fall nach radicaler Oberkieferhöhlenoperation mit vereinfachter Nachbehandlung.

Die Höhle wird 48 Stunden lang tamponirt; Irrigation der Höhle, indem die Flüssigkeit von der Mundhöhle aus durch die Antrumöffnung in die Nase gespült wird.

In der Discussion wird von einigen Mitgliedern das Offenhalten der oralen Oeffnung stark kritisirt.

Tilley: Epitheliom des linken Stimmbandes im Frühstadium.

Horsford: Fall eines 17jährigen Mädchens mit genuiner Baritonstimme.

Im Alter von 14 Jahren trat Stimmwechsel ein, vorher bestand eine „Knabenstimme“. Während des Stimmwechsels machte sie die Wahrnehmung, dass sie sowohl mit tiefer wie hoher Stimme singen konnte, später cultivirte sie nur die tiefe Stimme und verlor die hohe. Sie trat in Concerthallen auf. Die Mammae waren von femininem Typus und sie hatte menstruirt. Gegenwärtig ist die Stimme um eine Octave tiefer als Contraalt. Die Stimmlippen sind roth und geschwollen und bestehen Knötchen an ihnen.

Aitken hält die Stimmlippen für länger als sie gewöhnlich bei Frauen sind, doch nicht so, wie sie beim typischen männlichen Larynx sind.

Sir Felix Semon hat den Eindruck erhalten, dass die Stimme weder Bariton noch Contraalt ist und dass das Organ kleiner ist, als beim Mann.

Dan Mc Kenzie: Endotheliom vom harten Gaumen entfernt.

Der Tumor wurde aus einer Kapsel im Periost herausgeschält.

Dundas Grant und Dan Mc Kenzie: Fall von medianer Halsfistel. (Vorgestellt in der Decembersitzung.)

Die Fistel wurde bis zum Zungenbein ausgeschnitten.

Sitzung vom 6. März 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Harold Barwell: Nekrose des Aryknorpels bei einem Mann.

In der Interarytaenoidregion befand sich ein weisser in die Glottis vorspringender Gegenstand; es bestand Schwellung und Fixation des rechten Aryknorpels. Seit 18 Monaten war Heiserkeit und Dyspnoe vorhanden. Antisyphilitische Behandlung hatte kein Resultat gebracht. B. schlägt vor, die Tracheotomie zu machen und den Knorpel auf oralem Wege zu entfernen.

George K. Grimmer: Partieller Verschluss der vorderen Nasenlöcher durch eine congenitale häutige Membran bei einem 32jährigen Mann.

Die Membran war im Innern jedes Vestibulum gelegen und verschloss den unteren Theil des Nasenloches. Die Membran wurde in einem Falle auf blutigem Wege, im anderen durch Galvanokaustik entfernt. Resultat war gut.

Betham Robinson: 1. Syphilitische Narben im Pharynx und Larynx.

Patient ist ein 36jähriger Mann; es besteht subglottische und glottische Stenose.

2. Endotheliom im oberen Theil des Oesophagus und der Trachea. (Präparat.)

Während des Lebens war eine subglottische Geschwulst zu sehen und es bestand doppelseitige Abductorlähmung. Keine Vergrösserung der Lymphdrüsen.

Sir Felix Semon lenkt die Aufmerksamkeit auf die subglottischen Tumoren als causales Moment bei Abductorlähmung.

D. R. Twerdie: Anscheinend aus papillomatösen Massen zusammengesetzte Tonsillen.

St. Clair Thomson: Wahrscheinlich bestehen die Auswüchse aus gewöhnlichem Tonsillargewebe.

E. B. Waggett: Fall von multiplen Teleangiectasien bei einem 55jährigen Mann; seit 35 Jahren bestehende Epistaxis und andere Blutungen.

Eine Schwester des Patienten hat eine ähnliche Krankengeschichte. Es treten häufig Blutungen aus dilatirten Gefässen an den Lippen und Wangen auf und am Locus Kiesselbach. Das Blut gerann sehr langsam. Es bestand congenitale Fensterung der Gaumenbögen.

De Santi hat einen ähnlichen Fall mit Blutungen aus der Nase und dem Rectum gesehen.

Steward: Mucocele der linken Stirnhöhle bei einer 62jährigen Frau.

Seit 11 Jahren war Deformation und Ptose vorhanden mit mucopurulenter Absonderung aus der Nase. Eine im Jahre 1899 gemachte Incision beseitigte die





Schwellung für 3 Jahre. Gegenwärtig ist die Orbitalfläche elastisch und nicht knöchern; das Skiagramm zeigt Dilatation der Stirnhöhle.

Tilley hat nur zweimal Mucocele der Stirnhöhle gesehen; er hält den vorliegenden Fall für eine Frontoethmoidalmucocele.

Scanes Spicer ist derselben Meinung und findet eine Schwellung in der Nase.

Watson Williams vermuthet ausserdem eine Exostose.

Mehrere Redner sprechen über die Möglichkeit, in solchen Fällen ein gutes Resultat durch intranasale Operationen zu erlangen.

Hunter Tod: Angiom des weichen Gaumens.

Das Angiom hatte die Grösse eines Eies und nahm den weichen und harten Gaumen ein. Patient war ein 48jähriger Mann.

Watson Williams hat in einem ähnlichen Fall Heilung durch 20 elektrolytische Sitzungen erzielt.

Steward und Powell empfehlen Unterbindung der Carotis externa vor Anwendung der Elektrolyse; in Fällen von septischen Complicationen können bedrohliche Blutungen auftreten.

Steward hat Embolie im Circulus Willisii nach Paraffininjectionen gesehen.

St. Clair Thomson: Lepra mit Läsionen des Velum und des Pharynx.

5 Jahre alte Krankengeschichte eines farbigen Matrosen. Während eines fieberhaften Zustandes fand man massenhaft Bacillen im Nasensecret. Am weichen Gaumen befand sich eine radiäre Narbe im Centrum; die Epiglottis war verdickt. Die Nase zeigte das Bild der atrophischen Rhinitis.

H. B. Davis: Starke Deviation des knöchernen Septums.

Discussion über die Methode der Operation.

De Havilland Hall: Ein Fall von Aphonie.

24 jähriger Mann mit recidivirender Aphonie.

Sir Felix Semon, Tilley und Dundas Grant erwähnen Fälle von functioneller Aphonie bei kräftigen Männern.

Dundas Grant: Lupus des Kehlkopfs und Rachens bei einem jungen Mann.

Donelan: Ein Fall von Aphonie.

Es schliesst sich eine Discussion an über die Methoden der Behandlung bei functioneller Aphonie.

Dundas Grant: Epitheliom der Epiglottis und des halben Kehlkopfs, das sich auf die Rachenwand ausbreitet.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

Davis: Das Fein'sche Adenotom.

Es werden die Vorzüge und Nachtheile der lateralen Krümmung erörtert.



Scanes Spicer: Papilläre Neubildung an beiden Stimmlippen von intensiv weisser Farbe bei einem 35jährigen Mann.

Patient ist in den letzten Jahren bei zwei Gelegenheiten vorgestellt worden. Es war vorher eine Geschwulst entfernt worden. die klinisch und makroskopisch sich als Papillom erwies. S. betrachtet die weisse Farbe als von Keratose herrührend.

Sir Felix Semon wiederholt den schon vor 2 Jahren geäusserten Verdacht, dass es sich um eine bösartige Geschwulst handeln könne.

Pegler stellt fest, dass früher entfernte Stücke nur eine Anhäufung von Epithel erkennen lassen. Er räth, mikroskopisch auf Leptothrix zu färben.

Mc. Bride hält den Fall für einen solchen von Keratose; er führt ähnliche Fälle an, darunter einen von Logan Turner, bei dem verschiedene keratotische Stellen im Kehlkopf vorhanden waren.

Dundas Grant führt einen in Krieg's Atlas abgebildeten Fall an.

E. B. Waggett.

---

### d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. November 1908.

Echtermeyer zeigt einen Patienten mit einer Kiefercyste, die etwa $^2/_3$ der Kieferhöhle einnimmt.

Sturmann zeigt eine neue Art der Befestigung von Reflectoren und elektrischen Lampenträgern an Stirnreifen (Gabelklaue) und eine Reihe von Instrumenten zur Eröffnung der Kieferhöhle.

Broeckaert: Ueber bulbäre Centren der Kehlkopfnerven.

Nach Ausreissen der Kehlkopfnerven fand B. bei Kaninchen, in Bestätigung der Resultate von de Beule, dass die Zellen des dorsalen Vaguskerns typische Chromolyse zeigten, dagegen der ventrale Theil immer unverändert blieb. Es ist ihm demnach nicht zweifelhaft, dass — wenigstens bei Kaninchen — der Sitz der bulbären Kehlkopfcentren nur im Dorsalkern zu finden ist.

Jacobsohn: Bei der Methode der Herausreissung der Nerven wird besonders die Stelle getroffen, wo der Nerv im Hirnstamm ausmündet. Ein Zug am Vagus wird besonders den Punkt treffen, wo der dorsale Vaguskern liegt, weil dorthin ein Theil der Vagusbündel direct einstrahlt, und dementsprechend wird dieser Punkt lädirt. Er braucht daher noch nicht das Centrum für die motorischen Fasern zu sein. Ferner haben quergestreifte Muskeln immer einen ganz typischen Zelltypus als Centrum und diese Zellen finden sich im Nucleus ambiguus, aber nie im dorsalen Kern.

Grabower: In dem Gerhard'schen Falle von Kehlkopfmuskellähmung beim Menschen wurde der ventrale Vaguskern degenerirt gefunden.

Broeckaert: Die Durchschneidung der Kehlkopfnerven giebt keine Chromolyse, weil sie zu weit vom Bulbus geschieht; diese tritt nur ein beim Zerreissen.





Grabower: Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Veränderungen in gelähmten Kehlkopfmuskeln.

Die gezeigten Präparate stammen von einem Patienten, bei dem die Lähmungsdauer 4 Monate betrug; es bestand eine nahezu völlige Atrophie der Recurrentes, während die Degeneration der Muskeln nur eine mässige war. Die Nervenfasern der Postici waren besonders stark degenerirt, weniger die der Thyreoarytaen. und Laterales; dagegen war ein Gradunterschied in der degenerativen Veränderung zwischen Abductoren und Adductoren nicht zu constatiren. Ueber die Reihenfolge der degenerativen Muskelveränderungen und über das Wesen des degenerativen Processes hat sich G. in seiner Publication im Arch. f. Laryngol. 1908, Heft 2, ausgesprochen.

Kuttner: Man kann an den Muskeln wohl eine alte von einer jungen Lähmung unterscheiden, aber eine weitere Präcision ist ihm bei seinen Untersuchungen nicht geglückt. Die Schwierigkeiten liegen in der Inconstanz des Bildes beim normalen Muskel, bei dem die Kernzahl nicht variabel, die Fasern von verschiedener Breite sind, so dass die Unterscheidung recht schwierig ist.

Es ist auch fraglich, ob in der That im Grabower'schen Falle die Lähmung nur 4 Monate gedauert hat, da schon eine Muskelparalyse bestanden haben kann, ehe die Stimmlosigkeit auftrat.

Grabower: Eine Kernvermehrung kann auch in gesunden Muskeln vorkommen, aber nicht, wie in diesen Präparaten eine Anordnung der Kerne in Reihen und Haufen. Die Berechnung der Lähmungsdauer in diesem Falle ist ziemlich genau, da Patient nie kurzathmig gewesen und mit tönender Stimme vorher gesprochen hat.

## Sitzung vom 11. December 1908.

Schötz demonstrirt ein Präparat von Gangraena laryngis, die aus einer Perichondritis des linken Aryknorpels hervorgegangen ist. Es war weder in vivo noch nach der Section festzustellen, auf welchem Wege die Affection sich entwickelt hat.

Schötz zeigt eine modificirte Wagner'sche Stanze zur breiten Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus.

Scheier zeigt Skiagramme von Kopf und Hals, die nur eine Expositionszeit von 1—2 Secunden erforderten; es wird wohl gelingen, diese noch mehr herunterzusetzen, so dass man dann eine kinematographische Aufnahme des Sprechactes vornehmen kann.

Discussion über die Vorträge von Scheier und Peyser: Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie.

Haike: Die Diaphanoskopie ist der Röntgenuntersuchung unterlegen, insbesondere klärt uns letztere auf über die Ausdehnung der Stirnhöhle, was für die Wahl der Operation sehr wichtig. Bezüglich der Siebbein- und Keilbeinerkrankung ist das Röntgenbild nicht immer eindeutig.

Halle: Der Hauptwerth der Röntgenuntersuchung liegt darin, dass sie uns zeigt, wie die Höhlen zu einander liegen, wie gross sie sind und wie unser thera-

peutisches Vorgehen im Allgemeinen zu bemessen ist. Sie kann aber auch nicht annähernd in Bezug auf ihren diagnostischen Werth mit der Rhinoskopie verglichen werden. Die Röntgenbilder sind mit grosser Vorsicht zu verwerthen.

Kuttner: Für die richtige Deutung der Röntgenbilder ist nöthig eine technisch tadellose Aufnahme und die Benutzung von Originalplatten. Sie sind in topographischer Beziehung von hohem Werth; in Bezug auf die Diagnose stellen sich uns Schwierigkeiten in den Weg. Auch bei gesunden Höhlen findet sich zuweilen ein Schatten und bei kranken kann er fehlen. Bei der Keilbeinhöhlenerkrankung muss man sehr skeptisch sein.

Rosenberg: In diagnostisch zweifelhaften Fällen soll man das Skiagramm um Rath fragen. Die Diaphonoskopie ist eine werthvolle Methode, in Bezug auf die Grössenbestimmung der Stirnhöhle aber unzuverlässig und durch die Röntgenaufnahme übertroffen.

Herzfeld hat bei 60 äusseren Stirnhöhlenoperationen, die er auf Grund rhinoskopischer Untersuchung vorgenommen, nur einmal keine Eiterung gefunden. In Bezug auf das Siebbein ist das Skiagramm nicht immer zuverlässig. Bei der Stirnhöhle ist es auch sicherer, ihre Ausdehnung durch Sondirung festzustellen, und zwar von einer angelegten Oeffnung aus, nicht von der Nase aus, auch nicht unter Controle des Röntgenschirmes. Die Röntgenstrahlen sind nicht allein ausschlaggebend für die Diagnose.

B. Fränkel hat auf Grund entsprechender Symptome und einer Röntgenuntersuchung ein Stirnhöhlenempyem operiren wollen, fand aber keine Stirnhöhle.

Haike: Das Röntgenverfahren kann uns bei der Differentialdiagnose zwischen Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung Aufschluss geben und schützt uns vor Operationen bei fehlender Stirnhöhle.

Halle: Das Skiagramm kann auch eine Stirnhöhle vortäuschen, wo keine ist und umgekehrt, und gestattet keine sichere differentielle Diagnose zwischen Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrankung.

Alexander stimmt dem zu und betont, dass vordere Siebbeinzellen und Stirnhöhle sehr oft gleichzeitig erkrankt sind.

Peyser: Gewiss muss man alle Untersuchungsmethoden anwenden, aber das Röntgenbild ist ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Diagnose. Man kann selbst manchmal eine einzelne erkrankte Siebbeinzelle auf der Platte erkennen und ein Empyem der hinteren Siebbeinzellen von einem solchen der Keilbeinhöhle unterscheiden. Es ist freilich eine Beherrschung der Technik erforderlich.

Jede leichte Entzündung des Siebbeins macht sich im Bilde bemerkbar.

Scheier: Die Röntgenstrahlen dienen zur Vervollständigung der diagnostischen Untersuchungsmethoden; zeigen sie uns eine Höhle dunkel, so ist genaueste Untersuchung derselben erforderlich, resp. sie giebt uns event. eine Befestigung unserer Diagnose. Sie sind der Durchleuchtung weit überlegen. Man muss auch die Fehlerquellen der Röntgenuntersuchung kennen, um sich vor Trugschlüssen zu bewahren. Eine absolute Sicherheit gewährt sie weder im positiven noch im negativen Sinne.

A. Rosenberg.

---



# III. Briefkasten.

## Personalnachrichten.

Prof. Paul Heymann (Berlin) ist anlässlich seines 60. Geburtstages die Ehrenmitgliedschaft der Moskauer und Münchener laryngologischen Gesellschaften verliehen worden; auch ist ihm von Freunden und Schülern eine Festschrift gewidmet worden, die als Heft 6 der „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete“ (Verlag von Kurt Kabitsch, Würzburg) erschienen ist. Wir schliessen uns gern den Glückwünschen zu Ehren des verdienten Collegen an, der noch kürzlich in ausgezeichneter Weise für die Selbstständigkeit der Laryngologie eingetreten ist, und dessen bezügliche Ausführungen in der Berliner klinischen Wochenschrift, 1909, No. 1, die ernste Beachtung jedes Laryngologen verdienen.

---

Prof. E. Meyer (Berlin) ist von der Stellung als Leiter der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Halskrankheiten an der Berliner Universität, die er seit 2 Jahren innegehabt hat, zurückgetreten, und ist ihm der Rothe Adlerorden 4. Klasse verliehen worden.

---

Die Herren Jonathan Wright (New York) und Sendziak (Warschau) sind zu correspondirenden Mitgliedern der laryngologischen Section der Londoner Royal Society of Medicine, und Dr. J. W. Gleitsmann (New York) ist zum correspondirenden Mitglied der Berliner laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

---

Der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“ entnehmen wir die Nachrichten, dass Prof. Dr. Lüscher (Bern) zum Director des dortigen Institutes für Laryngologie und Otologie ernannt worden ist, und dass sich die Herren Dr. K. Grünberg in Rostock und Dr. De Carli in Rom als Privatdocenten für Oto-Rhino- und Laryngologie etablirt haben.

---

Die Herren van Eyken (Freiburg) und Gutzmann (Berlin) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

**Jahrgang XXV.** **Berlin, Mai.** **1909. No. 5.**

## I. Referate.

### a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Heilman. Der internationale laryngologische Congress in Wien. (Z Kongressu miedzynarodowego laryngologów w Wien.)** *Medycyna. No. 44. 1908.*

Ein kurzer Bericht über die wichtigsten Congressarbeiten.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Herbert S. Birkett. Ein kurzer Bericht über die Geschichte der Medicin in der Provinz Quebec von 1535 bis 1838. (A brief account of the history of medicine in the province of Quebec from 1535 to 1838.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juli 1908.*

Rede des Präsidenten bei der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association in Montreal, Canada, Mai 1908. LEFFERTS.

3) **N. Satake. Mikroskopische Untersuchung des beim Husten herausbeförderten Sputums.** *Chugwai ijishinpo. No. 683. 1908.*

Durch eine histologische Untersuchung hat Verf. zuerst die Herkunft des Sputums zu bestimmen versucht, indem er den Kranken auf eine vor den Mund gehaltene Objectglasplatte aushusten liess.

Die Sputa aus der Trachea enthalten keine Plattenepithelzellen, während diejenigen aus der Mundhöhle durch Plattenepithelzellen und reichlichen Bakteriengehalt gekennzeichnet sind. Unter 15 Kehlkopfphthisikern konnte Verf. Tuberkelbacillen nur in 2 Fällen (d. h. 13,4 pCt.) constatiren, aber bei 5 Rachenphthisikern in 3 Fällen (d. h. 60 pCt.). Auf Grund der obigen Resultate hält er die Rachentuberculose für viel gefährlicher als die Kehlkopftuberculose. Er schliesst sich Moritz Schmidt an, der die Kehlkopftuberculose nicht für so infectiös hielt, wie man allgemein denkt.

INO KUBO.





4) **Holger Mygind. Kurzgefasste Darstellung der Krankheiten der obersten Luftwege. (Kortfattet Fremstilling af de överste Luftveies Sygdomme.)** *Mit 86 Illustrationen. Zweite Ausgabe. Kopenhagen 1908.*

Besitzt dieselben guten Eigenschaften wie die erste Ausgabe: kurz und klar geschrieben zu sein. Ist für praktische Aerzte und Studirende bestimmt.

E. SCHMIEGELOW.

5) **F. E. Klotz. Erkrankungen des Athmungsapparates, die den Athem beeinflussen. (Diseases of the breathing apparatus which affect the breath.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1908.*

Unter den Erkrankungen der oberen Luftwege, bei denen ein übelriechender Athem beobachtet wird, zählt Verf. folgende auf, indem er — so weit dies möglich ist — den Charakter des Foetors kurz charakterisirt: Chronische purulente Bronchitis; Tuberculose der Lungen; Lungenabscess; Gummata der Lungen; Asthma in vorgeschrittenem Stadium; Pneumonie in späteren Stadien; maligne Erkrankungen der Lungen; Anthrakosis, Aktinomykose und Emphysem.

Unter den constitutionellen Erkrankungen, die den Athem beeinflussen, nennt Verf. als die häufigste: Constipation; ferner Diabetes; vorgeschrittene chronische interstitielle Nephritis; fieberhafte Erkrankungen, septische Processe, Kachexie und chronische Dyspepsien. Zum Schluss führt er eine ganze Anzahl von Droguen an, die der Exspirationsluft einen charakteristischen Geruch verleihen.

LEFFERTS.

6) **William M. Richards. Die Behandlung von Erkrankungen, die auf einen Katarrh der Athemwege zurückzuführen sind. (The treatment of diseases due to respiratory catarrh.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juni 1908.*

Verf. bezeichnet eine Reihe von Krankheiten als „Vacuumrespirationserkrankungen", da sie bedingt seien durch den Versuch, durch eine theilweise verstopfte Nase Luft zu holen, wodurch ein partielles Vacuum im Respirationstract hervorgerufen werde. Die direct so hervorgerufenen Krankheiten seien: Nasen-, Hals- und Ohrkatarrh und Bronchialasthma; indirect sei das Vacuum für ein ganzes Heer anderer Erkrankungen verantwortlich.

LEFFERTS.

7) **Wm. Sohier Bryant. Die gegenseitigen Beziehungen von oberen Luftwegen, Kiefer und Zähnen. (Mutual relations of upper-air tract, jaws and teeth.)** *Journal of the American Medical Association. 25. Januar 1908. N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Verf. bespricht die schädlichen Wirkungen, die die Mundathmung auf die Entwicklung des Gesichtsskelets und die Zahnbildung hat, und die Maassnahmen, die dagegen zu ergreifen sind. Er ist im Allgemeinen dafür, erst die Zähne grade zu richten und dann erst an der Nase zu operiren.

EMIL MAYER.

8) **Guastoni. Endovenöse Sublimatinjectionen bei der Behandlung der tertiären Syphilis von Hals und Ohr. (Injezioni endovenose di sublimato nella cura della siflide tardiva dell'orecchio e della gola.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Roma (Director Prof. Ferreri). No. V. 1907.*

Verf. hat die Baccelli'sche Methode der endovenösen Injectionen bei zwei

Patienten mit syphilitischen Halsaffectionen angewandt; er empfiehlt sie besonders bei tertiär-syphilitischen Kehlkopferkrankungen. FINDER.

9) **Arthur Dean Bevan** und **Walter W. Hamburger. Das Verkommen von Rotz beim Menschen. (The occurrence of glanders in man.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Aus einigen Fällen ihrer Erfahrung ziehen Verff. den Schluss, dass sorgfältige Untersuchungen des Eiters und Gewebes ein sehr viel häufigeres Vorkommen von Rotz ergeben, als man gewöhnlich annimmt; die Diagnose ist von der allergrössten Bedeutung für die Einleitung einer wirksamen Therapie wie besonders für die Prophylaxe einer Weiterverbreitung der Krankheit. Die kleine Epidemie, über die Verff. berichten, verlief ziemlich leicht: von drei Patienten starb einer, die beiden andern genasen. EMIL MAYER.

10) **Leo B. Meyer** und **Burile B. Crohn. Acuter Rotz; Bericht über einen Fall. (Acute glanders. Report of a case.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Die klinische Diagnose konnte in diesem Falle durch zwei positive Blutculturen bestätigt werden. Dies ist darum wichtig, weil es schwer ist, die Mikroorganismen in den Hautpusteln zu demonstriren und isoliren. Gram'sche Färbung allein ist ohne Erfolg, verdünnte Carbolfuchsinlösung und Loeffler's Methylenblau sind mehr geeignet. In ca. 50 pCt. der Fälle wird es möglich sein, mittels der Blutculturen die Diagnose zu stellen. Im vorliegenden Falle wurden die Culturen am ersten Tage der Beobachtung angelegt; 48 Stunden darauf waren die Culturen gewachsen und wurden durch Impfung als Rotzbacillen gekennzeichnet.

EMIL MAYER.

11) **Notiz des Herausgebers. Rotz beim Menschen. (Glanders in man.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Es wird auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose hingewiesen und auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen richtigen Erkennung der Krankheit. So lange wir nicht das „pferdelose Zeitalter“ erreicht haben, bedeutet die Erkrankung eine wirkliche und zwar ja nicht so ungemein seltene Gefahr für den Menschen.

EMIL MAYER.

12) **Thomas Hubbard. Das Problem der Asepsis in der Sprechstunde des Laryngologen. (The problem of asepsis in the routine office work of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Cf. Bericht der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Washington, Mai 1907. EMIL MAYER.

13) **Hennebert. Demonstration pathologischer Präparate. (Présentation de pièces pathologiques.)** *La Presse méd. Belge. No. 44. 1908.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant zeigt H. vor:

1. einen sehr voluminösen Ohrpolyp;

2. zwei Rhinolithen, wovon der grösste 1,90 g wiegt und 20 + 16 + 9 mm misst;





3. einen voluminösen Speichelstein von 2,35 g Gewicht und einer Grösse von 29 + 14 + 7 mm; derselbe befand sich im Wharton'schen Canal, den er perforirt hatte; ferner

einen kleinen Speichelstein, der ebenfalls im Wharton'schen Gang sass, und diesen nach oben perforirt hatte.

Bei einer 61jährigen Frau, die an Gallen- und Nierensteinen litt, sah H. die einer acuten Ranula ähnlichen Symptome mit der Entleerung eines Dutzend kleiner Steine enden.

BAYER.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **G. Hicguet. Die Nasenmissbildungen, ihre chirurgische Behandlung. (Les malformations nasales; leur traitement chirurgical.)** *La Presse méd. Belge. No. 15. 1908. Annales de la Soc. méd. chir. de Brabant. No. 8. 1908.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant macht H. eine Mittheilung über die Nasenmissbildungen und ihre chirurgische Behandlung nach dem heutigen Stande der Frage. Er kommt zu dem Schlusse, dass man einen Primordialunterschied zu machen habe zwischen Nasenscheidewandstacheln, -kämmen und -deviationen. Die beiden ersten können manchmal, wenn sie nicht sehr bedeutend sind, Gegenstand kleinerer Interventionen werden, die Nasenscheidewanddeviationen werden immer chirurgisch zu behandeln sein nach dem Verfahren von Killian, oder mit submucöser Resection sowohl der knorpeligen als knöchernen Nasenscheidewand, der einzigen Methode, der ein perfectes Resultat in Bezug auf Durchgängigkeit der Nase gelang und deren operativer Erfolg der beste und rascheste sei.

BAYER.

15) **Mühlenkamp** (Düsseldorf). **Ueber eine hartnäckige Folliculitis mit Abscessbildung und Fistelöffnung nach aussen hin im Nasenflügel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung wieder. Die Fistelbildung war dadurch entstanden, dass von anderer Seite ohne Vornahme der Rhinoskopie die abscedirende Folliculitis von aussen incidirt worden war. Eine sachgemässe Behandlung führte bald zur Heilung.

HECHT.

16) **Theodore. Beitrag zur Lehre von den Endotheliomen der äusseren Nase.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 591. 1909.*

Vorerst werden die Merkmale des Cancroids und der Endotheliome der Gesichtshaut besprochen. Sichere klinische Zeichen für die Diagnose Endotheliom des Gesichts giebt es nicht; wir sind auf die mikroskopische Untersuchung angewiesen. Dann theilt Th. 4 Fälle von Endotheliom der äussern Nase mit; genauer mikroskopischer Befund, ein makroskopisches und 3 mikroskopische Bilder.

OPPIKOFER.



17) **Ludwig Nielsen** (Kopenhagen). **Endothelioma superficiale nasi.** *Dermatologisk Selskab. Hospitals Tidende. No. 37. p. 1085. 1908.*

Das Punctum saliens dieser Beobachtung ist, dass die Krankheit schon im Alter von 26 Jahren angefangen hat. Der Patient war jetzt 29 Jahre alt.

E. SCHMIEGELOW.

18) **Vetter. Zerquetschung der Nase; prothetische Restauration. (Ecrasement du nez; restauration prothétique.)** *Annales de Médecine physique. 15. April 1908.*

18jähriger Mann mit Fractur der Nasenbeine mit breiter Distanz und Sattelbildung von 2 Jahren, Operation unter Localanästhesie; Incision auf beiden Seiten der Nase von oben nach unten. Umschlagen der Hautlappen nach aussen; Loslösen des Periosts der Nasenbeine, Resection von je $^1/_2$ cm der Nasenbeine. — Schluss der Wunde; Heilung per primam nach 14 Tagen; daraufhin Prothese mit Paraffin.

BAYER.

19) **Broeckaert** (Gent). **Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Nasenhypertrophie. (Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1908.*

Wenn auch die Totaldecortication mit dem Bistouri bei der Mehrzahl der Formen hypertrophischer Acne ihre Verwendung findet, so hat der Autor doch nicht für gut befunden, dieselbe in seinem Falle anzuwenden; er hat Gewebsstücke in Form von Melonensegmenten oder Orangevierteln resecirt, indem er das sklerosirte Unterhautbindegewebe mit excidirte. Vom ästhetischen Standpunkt aus, sagt er, sei die Operation so, wie er sie ausgeführt hat, bei weitem der vollständigen Abtragung aller Weichtheile überlegen; der Chirurg müsse im speciellen Falle zu entscheiden wissen.

PARMENTIER.

20) **Orlowski** (Berlin). **Ueber die kosmetische Umformung einer knorpeligen Nasendifformität durch Massage.** *Med. Klinik. 4. 1909.*

Die als Nasenspitzenblähung bezeichnete Difformität sucht Orlowski durch Striche mittels eines Massagestabes von der Nasenspitze nach der Furche zwischen Nasenseitenwand und Nüstern zu beseitigen.

SEIFERT.

21) **Joseph C. Beck. Die Chirurgie der äusseren Nasendeformitäten. (The surgery of external nasal deformities.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Ein sehr ausführlicher, mit zahlreichen Illustrationen versehener Artikel, in dem die verschiedenen Methoden zur Behebung der Nasendeformitäten beschrieben werden. Verf. meint, man solle sich nicht entmuthigen lassen, wenn eine Plastik misslingt; es gelingt bisweilen erst nach einer grossen Anzahl von Sitzungen das erwünschte Resultat zu erzielen.

EMIL MAYER.

22) **T. Okubo. Ein Fall von plastischer Operation des Nasenflügels.** *Japanische Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XIV. Heft 1. 1908.*

Ein 22jähriger Patient mit einem durch Trauma narbig verengten Nasenloch. Unter allgemeiner Narkose hat man am Rande des Nasenflügels einen verticalen

Schnitt angelegt. Die dreieckig aufgeklappte Wunde wurde mit einem Hautknorpelstück von der Ohrmuschel des Patienten ersetzt. Glatte Heilung. INO KUBO.

23) **Ariseff. Studie über die knöcherne vordere Rhinotomie. (Étude des rhinotomies osseuses antérieures.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Von den vielen Methoden der Rhinotomie, die zur Abtragung von Tumoren der Nase, besonders solchen maligner Natur, vorgeschlagen worden sind, verdienen nach Ansicht des Verf.'s zwei den Vorzug: 1. die „Rhinotomie paralateronasale" (Moure), mit der von Sebileau vorgeschlagenen Modification; sie kann eine obere oder untere Rhinotomie sein; 2. die „Rhinotomie souslabiale unilatérale" (Sebileau), die in allen Fällen anwendbar ist, wo es sich darum handelt, einen breiten Zugang zu gewinnen. Bei diesem Verfahren ist es bisweilen nöthig, den Sinus maxillaris zu öffnen. Der kosmetische Effect ist bei beiden Operationen ein guter. A. CARTAZ.

24) **Hans Albrecht. Beiträge zur Nasenprothese.** (Aus dem Zahnärztlichen Institut der Kgl. Universität Berlin.) *Klinisches Jahrbuch. Bd. XVII. 1907.*

Verf. beschreibt Prothesen für ganze Nasen, wie er sie in einigen Fällen angewandt hat; als Material benutzte er vorzugsweise Celluloid. Er beschreibt die Verarbeitung des Materials, das Abdrucknehmen, die Befestigung der Prothese, das Bemalen derselben und illustrirt seine Ausführungen durch einige Photographien.

FINDER.

25) **V. Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Ueber Protheseparaffin. (Om Protheseparaffin.)** *Hospitals Tidende. p. 1481. 1908.*

Verf. warnt vor einem zu starken Vertrauen zu den von den Producenten angegebenen Schmelzpunkten der Protheseparaffine. Das einzige Richtige ist, dass man jedesmal selbst die Schmelzpunkte des Paraffins, das man brauchen wird, bestimmt.

Um dieses genau zu bestimmen, giebt der Verf. verschiedene Methoden an, von denen er die folgende als die einfachste und sicherste empfiehlt:

Von einem dünnen Eisendraht wird durch Umwickeln um einen Glasstab (mit 6,5 mm Diameter) ein Ring gebildet. Dieser Ring wird in das geschmolzene Paraffin getaucht und rasch wieder aufgehoben. In dem Ringe hat sich dann eine dünne Paraffinscheibe gebildet. Der Draht mit der Scheibe wird mittels eines Gummiringes an den Quecksilberkolben des Thermometers angebracht, und das Ganze in ein Becherglas, 10 cm hoch und $5^1/_2$ cm weit, gestellt. Das Gefäss ist mit ausgekochtem Wasser bis zu $^3/_4$ gefüllt. Man erwärmt vorsichtig und kann auf diese Weise die Schmelzpunkte genau bestimmen. E. SCHMIEGELOW.

26) **S. Chiba. Hartparaffininjection und -Extraction als Rhinoplastik.** *Jjishinbun. No. 749. 1908.*

Unter 167 Patienten, bei welchen der Verf. Hartparaffininjection vornahm, sah er meist eine reactive Entzündung (Schwellung, Röthung und Schmerzen) und er schlägt dagegen feuchten Umschlag auf die Nase mittelst eine schloroformmaskenähnlichen Nasenhutes vor. Ch. hat die zu viel oder unzweckmässig ein-

gespritzten Paraffinmasse mit einer von ihm construirten Extractionsspritze herauszuholen versucht.

INO KUBO.

27) **Smith Harmon. Die Correction von Nasendeformitäten durch die Anwendung von Paraffin. (The correction of nasal deformities by the use of paraffin.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Aus statistischen Zusammenstellungen des Verf.'s geht hervor, dass die Gesammtzahl der mitgetheilten Fälle 1252 beträgt; von diesen waren 1000 mit vollem Erfolg behandelt und 104 gaben kein zufriedenstellendes Resultat. Von diesen 104 Fällen trat bei 2 Erblindung ein, bei 55 erfolgten septische Erscheinungen und Ausstossung des Paraffins, bei 22 wurde das Paraffin an falscher Stelle localisirt, in 7 Fällen änderte es seinen Platz nachträglich.

Pat. giebt ferner Vorschriften über die bei der Injection zu befolgende Technik.

EMIL MAYER.

28) **C. G. Coakley. Intracranielle Complicationen von Nasenkrankheiten. (Intracranial complications of diseases of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juni 1908.*

Allgemeine nichts Neues enthaltende Auseinandersetzungen.

LEFFERTS.

29) **Donalies** (Leipzig). **Ein rhinogener Hirnabscess. Mit Temperaturkurve.** *Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 75. Heft 3 u. 4. 1908.*

Bei einem $12^1/_2$ Jahre alten Knaben kam es im Anschluss an ein Trauma der Stirn zu 5 getrennten Eiterherden: subperiostaler Abscess, Empyem beider Stirnhöhlen, extraduraler Abscess und Hirnabscess. Den Gang der Erkrankung hat man sich wohl so zu denken, dass durch die Verletzung eine Blutung in beide Sinus frontales, ferner nach aussen unter das Periost der Stirn, nach innen vielleicht auch zwischen Dura und Knochen stattgefunden hat. Dann ist es zu einer Infection der Sinus-Hämatome von der Nase her gekommen, veranlasst oder wenigstens begünstigt durch den gerade bestehenden acuten Schnupfen. Die Infection hat sich dann auf dem Wege thrombosirter Venae perforantes unter das Periost nach aussen und unter die Dura und durch diese hindurch nach innen fortgepflanzt, wobei dann zuletzt ein Gefässbezirk des Frontallappens zur Erweichung gekommen ist.

Bemerkenswerth erscheint, dass Krämpfe der ganzen linken Körperhälfte auftraten, also derselben Seite, auf der der Abscess sass. Beide Stirnhöhlen wurden eröffnet, dann zuerst der rechte Frontallappen incidirt und — nach dem negativen Befunde hier — sofort auch der linke Frontallappen freigelegt und incidirt, wobei sich in ca. 2 mm Tiefe ein Erweichungsherd in der Ausdehnung von 1—1,5 cm im Durchmesser mit wenig flüssigem Eiter vorfand. Der Heilungsverlauf war normal, Patient wurde mit nur geringer Entstellung geheilt entlassen.

HECHT.

30) **Hans Daae** (Kristiania). **Eigenthümliche Gehirnläsion durch die Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 360. 1907.*

Es handelt sich um einen Fall von Verletzung des Nasendaches zwischen Septum und Concha superior; eine Schirmspitze drang hier durch Stoss 5 cm tief

in den linken Frontallappen bis in den linken Seitenventrikel ein. Die Entfernung vom linken Nasenloch bis zum Seitenventrikel betrug ca. 12 cm. Nach 12 Tage langer Krankheit trat der Exitus durch secundäre Encephalitis und Meningitis ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **W. Freudenthal. Ein Fall von Hirnabscess nasalen Ursprungs. (A case of abscess of the brain of nasal origin.)** *International Journal of Surgery. September 1908.*

Verf. discutirt besonders die Frage, ob eine einfache Drainage genügte oder ob in diesem Fall eine Gegendrainage nothwendig war. Bei Incision der Dura entleerte sich eine grosse Menge Eiter unter starkem Druck.

EMIL MAYER.

32) **G. Lenhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 53. 1907.*

Empfehlung des bereits im Archiv für Laryngologie, Bd. 18, S. 47 publicirten „Zugstreifentampons", der neben einer Veränderung des Gazematerials noch dadurch verbessert wurde, dass neben dem zum inneren Ende des Streifens gehenden weissen Faden auch das äussere Ende des Streifens mit einem — und zwar schwarzen — Faden versehen ist. Dies erleichtert die Auffindung des Streifenendes und damit auch die bequeme Entfernung der Nasentamponade. Die Verwendungsart des „Zugstreifentampons" illustrirt die Abbildung.

HECHT.

33) **Blumenfeld. Adenoider Schlundring und endothoracale Drüsen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 445. 1908.*

Bl. hat 19 Fälle (18 im kindlichen Alter) beobachtet, bei denen er eine Tuberculose der endothorakalen Drüsen diagnosticirte. Es ist nun hervorzuheben, dass bei allen diesen 19 Fällen neben einer Vergrösserung der Halslymphdrüsen adenoide Wucherungen bestanden oder doch vor längerer oder kürzerer Zeit entfernt worden waren.

Der Autor nimmt an, dass zwischen den adenoiden Vegetationen und der Lymphdrüsenerkrankung im Thorax ein directes Abhängigkeitsverhältnis besteht; die von den oberen Luftwegen ausgehende Infection hat auf dem Lymphwege zu einer bronchialen Lymphdrüsentuberculose geführt.

Bei Kindern, die an adenoiden Vegetationen leiden und bei denen gleichzeitig Katarrhe der tieferen Luftwege bestehen, dauert manchmal auch nach Entfernung der Rachenmandel und bei nun unbehinderter Nasenathmung die Neigung zu Katarrhen weiter. Bl. glaubt, dass es sich wenigstens bei einer Reihe dieser Fälle um eine neben der Rachenmandelhyperplasie bestehende Tuberculose der bronchialen Drüsen handelt.

Die Thoraxveränderungen, die als Folgeerscheinung adenoider Vegetationen beschrieben werden, sind weniger auf das in den oberen Luftwegen liegende Athmungshindernis als vielmehr auf das Bestehen einer endothorakalen Drüsenanschwellung zurückzuführen, die daneben diese respiratorischen oder trophischen Störungen bedingt.

Beigefügt sind der Arbeit 6 Röntgenbilder, auf denen bronchiale Drüsen sichtbar sind.

OPPIKOFER.

34) **J. S. Wallace. Offene Fenster und Adenoide. (Open windows and adenoids.)** *Lancet. 29. Februar 1908.*

Von 62 Kindern, die bei geschlossenen Fenstern schliefen, hatten nur 2, von 34 Kindern, die bei offenen Fenstern schliefen, dagegen 16 adenoide Vegetationen (? Ref.).

ADOLPH BRONNER.

35) **E. Hamilton White. Pathologie der Adenoiden und der Adenoidtuberculose. (Pathology of adenoids and adenoid tuberculosis.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Primäre Tuberculose kommt in einer gewissen Zahl von Fällen — ca. 5 pCt. — von adenoiden Vegetationen vor. Zu ihrer Feststellung ist die histologische Untersuchung die beste Methode. Adenoide und Tonsillarhypertrophie sind wichtige Factoren für die Tuberculose der Cervicaldrüsen; für die Entstehung der Lungentuberculose kommt mehr ihre prädisponierende Wirkung durch den Katarrh der oberen Luftwege in Betracht.

EMIL MAYER.

(36) **H. Fellinkema** (Helder). **Untersuchung über das Vorkommen von adenoiden Vegetationen bei Schulkindern in der Gemeinde Helder. (Onderzoek naar het voorkomen van adenoide vegetaties bij schoolkinderen in de gemeente Helder.)** *Rapport an die örtliche Gesundheitscommission. 1907.*

Die Untersuchung fand in den Schulen statt. Es wurden systematisch 507 Kinder, ausserdem noch von den Lehrern ausgewählte adenoidverdächtige weitere 488 Kinder untersucht. Von der letzteren Gruppe hatten 376 adenoide Vegetationen, 95 hypertrophische Gaumenmandeln, 134 Schwerhörigkeit, 17 Otorrhoe. Unter den systematisch Untersuchten fand sich Adenoid 112mal (22 pCt.), Tonsillarhypertrophie 57mal (11 pCt.), Schwerhörigkeit 60mal (12 pCt.), Otorrhoe 9mal (2 pCt.).

H. BURGER.

37) **L. Elmerich. Die adenoiden Vegetationen beim Säugling; über ihren Einfluss auf die Entwickelung. (Végétations adénoides chez le nourrison. Leur influence sur son développement.)** *Dissert. Paris 1906.*

Die adenoiden Vegetationen halten die Säuglinge in ihrem Wachsthum zurück; wird die Rachenmandel entfernt, so stellt sich eine sofortige Gewichtszunahme ein. Einige Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

38) **K. Sakai. Ueber die Formveränderungen des harten Gaumens bei adenoiden Vegetationen (Untersuchungen bei Japanern).** *Gun-i-gakkwai-Zasshi. No. 169 1908.*

S. fand adenoide Vegetationen hauptsächlich bei 6—15 jährigen Kindern. Die Formänderungen des harten Gaumens und der Zahnreihe sind je nachdem verschieden, ob die Krankheit vor, während, oder nach der Zahnwechselperiode eintritt. Vor dem Zahnwechsel nimmt der Längendurchmesser des Oberkiefers zu und das Gaumengewölbe wird halbkreisförmig ohne Deformität der Zahnreihe; während

der Zahnwechselperiode wird das Gaumengewölbe spitzbogenförmig und es tritt eine starke Deformität der Zahnreihe ein; nach der Periode tritt keine Formveränderung des harten Gaumens und der Zahnreihe ein.

INO KUBO.

39) **Y. Nagaoka. Zur Pathologie der Rachentonsille.** *Chugwai-iji-shinpo. No. 685. 1908.*

Unter 50 operativ entfernten Rachentonsillen fand N. nur 3 mal (6 pCt.) tuberculöse Veränderungen im Gewebe. Darunter wurden Tuberkelbacillen nur einmal constatirt.

INO KUBO.

40) **Alice G. Bryant. Adenoidinfectionen bei Erwachsenen. (Adenoidinfections in adults.)** *N. Y. Medical Record. 27. Juni 1908.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Streptokokkeninfection der Rachentonsille bei Erwachsenen und die Wichtigkeit einer directen Untersuchung des Nasenrachenraumes in allen Fällen, wo septische Erscheinungen bestehen, die nicht mit Bestimmtheit auf irgend eine andere Körpergegend zurückgeführt werden können. Es wird über drei Fälle berichtet, in denen eine ausgesprochene Streptokokkeninfection der Rachentonsille bestand; alle wurden geheilt durch Entfernung des erkrankten Gewebes, Desinfection und geeignete Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

41) **Milton T. Ballin. Einige Beobachtungen über die Entfernung der Adenoiden. (Some observations on the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1908.*

Verf. benutzt die modificirte Beckmann'sche Curette; er operirt ohne Anästheticum. Die Ursache für postoperative Blutungen und Infectionen, besonders Otitis media, sind darin zu suchen, dass herabhängende Gewebsfetzen zurückgeblieben sind.

LEFFERTS.

42) **P. D. Kerrison. Adenectomie während acuter Mittelohrerkrankung. (Adenectomy during acute middle ear disease.)** *Archivs of Pediatrics. Januar 1908. N. Y. Medical Journal. 22. Februar 1908.*

Aus den Ausführungen des Verf.s ist hervorzuheben, dass er für viele Fälle die Adenectomie während der acuten Otitis media empfiehlt, da erst durch jenen Eingriff diese zur endlichen Heilung gelangt.

LEFFERTS.

43) **Giresse. Beitrag zum Studium der primären Rachenmandeldiphtherie (Contribution à l'étude de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée.)** *Dissert. Bordeaux 1907.*

Die Diphtherie der Rachenmandel ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird und bildet oft den Ausgangspunkt einer Diphtherie der Gaumenmandeln oder einer Larynxdiphtherie.

G. empfiehlt vor jeder Rachenmandeloperation vorerst den Rachen auf Diphtheriebacillen zu untersuchen, um eine Wundinfection sicher zu vermeiden. Dieses Verfahren halten wir für zu umständlich und auch nicht für notwendig, wenn immer nur bei vollständigem Wohlbefinden des Kindes operiert wird.

OPPIKOFER.



44) **Alt** (Wien). **Ueber Infectionen des Mittelohres nach Eingriffen in der Nase und im Nasenrachenraum.** *Wiener klin. Rundschau. No. 16. 1908.*

Kurze Mittheilung über Nasenspülungen, Nasentamponaden, über den Schneuzact als häufige Ursachen für Ohrinfectionen.

HANSZEL.

45) **M. H. Menier. Ein Fall von Chorea minor, nach Abtragung der adenoiden Wucherungen geheilt.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 335. 1908.*

Die Chorea verschwand bei dem 13jähr. nervös veranlagten und an Alkohol gewöhnten Mädchen einige Wochen nach Wegnahme der adenoiden Wucherungen. Da die Nasenverstopfung seit Jahren bestand und gewöhnlich die kindliche Chorea nicht lange dauert, so hat Verfasser recht, wenn er die Heilung der Chorea zum allerwenigsten nicht einzig und allein dem operativen Eingriff zuschreibt.

OPPIKOFER.

46) **Kronenberg. Durchwandern eines Gewebsstückes durch die Tuba Eustachii nach Operation adenoider Wucherungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 430. 1908.*

Bei einem 6j. Knaben mit beiderseitiger persistirender Trommelfellperforation nach ausgeheilter Scharlachotitis wurde die Rachenmandel entfernt. Am 5. Tage nach der Operation fand K. zufällig in dem linken trockenen Mittelohr ein halberbsengrosses Gewebsstück, das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Rachenmandelgewebe erwies.

OPPIKOFER.

47) **Fein** (Wien). **Ueber die Abtragung der Rachenmandel mit dem bajonettförmigen Adenotom.** *Med. Klinik. 39. 1908.*

S. Bericht über den Intern. Laryngo- u. Rhinologen-Congress in Wien 1908.

SEIFERT.

48) **Ernst Barth** (Berlin). **Ein neues Pharynxtonsillotom.** *Deutsche medic. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Modification der Schütz'schen Guillotine, erhältlich bei H. Pfau in Berlin.

ZARNIKO.

49) **Arthur J. Herzig. Eine verbesserte Adenoidencurette. (An improved adenoid curette.)** *Journal American Medical Association. 4. April 1908.*

Das Instrument ist nach dem Beckmann'schen Messer gearbeitet und unterscheidet sich von diesem dadurch, dass die beiden seitlichen Ränder zur Hälfte schneidend gemacht sind. Anstatt nach unten wird zuerst nach der Seite geschnitten und so erst die seitlichen Massen entfernt, dann erst die central sitzenden.

EMIL MAYER.

## c. Mundrachenhöhle.

50) **A. v. Sokolowski. Beitrag zur Aetiologie und Therapie bei der Neurasthenie vorkommender Rachenerscheinungen. (Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobnych gardzieli, postneganych w przabiegu neurasthenii.)** *Gazeta Lekarska. No. 51, 52. 1908.*

Die sogenannten trocknen Katarrhe des Rachens und der Nase gehören in Polen zu den häufigsten Krankheiten. Wenn wir die Kranken uns näher ansehen, so beobachten wir, dass 1. wir hier es sehr oft mit jungen Individuen, meistens Stadtbewohnern, zu thun haben, dass 2. die Mehrzahl der Kranken der semitischen Bevölkerung angehört. Weitere Beobachtungen zeigten, dass die grösste Anzahl der Kranken Neurastheniker waren. Verf. behauptet, dass die hauptsächlichsten und fundamentalen Erscheinungen der Rachen- und Nasenkatarrhe der Ausdruck von allzugrosser Reaction des Nervensystems sind in Folge des bei Neurasthenikern häufig auftretenden Rachenkatarrhs. Weiterhin bespricht Verf. der Reihe nach die hauptsächlichsten Klagen der Kranken, die an diesem Leiden litten. Die gründliche Untersuchung und vor allem die richtige Vorstellung, in wie weit bei den betreffenden Fällen die Erscheinungen von der Reizbarkeit des Nervensystems abhängen und die genaue Erkennung der richtigen Ursachen der neurasthenischen Erscheinungen sind die fundamentalen Bedingungen nicht nur der Diagnose, sondern auch der Prognose und Therapie in jedem Falle. Was die letzte anbelangt, müssen in erster Linie die Psychotherapie und dann die verschiedenen Mittel der sogenannten physikalischen Therapie berücksichtigt werden. Was Kinder anbelangt, so ist es am besten, bei derartigen Erscheinungen sie vollständig aus der Stadt zu entfernen, sie aufs Land oder in eine Anstalt unter eine sachverständige Leitung zu schicken. Für Erwachsene mit derartigen Rachenerscheinungen empfiehlt es sich, die Beschäftigung einzustellen, eine Reise zu unternehmen, besonders nach fremden Ländern, wo der Kranke bei den neuen Eindrücken, die er dabei gewinnt, seine Krankheit allmählich vergisst. Endlich erwähnt Verf. verschiedene Orte, die für mannigfaltige Typen derartiger Neurastheniker empfehlenswerth sind.

AUTOREFERAT.

51) **Kate Wylie Baldwin. Gaumenspalte und Hasenscharte. (Cleft palate and hare-lip.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Enthält den Bericht über einen sehr schwierigen und hartnäckigen Fall, dessen mit grosser Geduld durchgeführte Behandlung schliesslich zu einer völligen Heilung führte.

EMIL MAYER.

52) **Arbuthnot Lane. Die moderne Behandlung der Gaumenspalte. (A modern treatment of cleft palate.)** *Lancet. 4. Januar 1908.*

Es kann ein breiterer Lappen in frühster Kindheit gewonnen werden, bevor die Zähne durchbrechen. Verf. beschreibt die verschiedenen Methoden der Operation; die Arbeit ist durch zahlreiche und vortreffliche Abbildungen illustrirt.

ADOLPH BRONNER.



53) **Helbing** (Berlin). **Zur Technik der Gaumenspaltenoperation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 27. 1908.*

In 38 Fällen von Gaumenspalte gelang es 26 mal durch eine einmalige Operation nach Langenbeck einen vollkommenen Verschluss der Gaumenspalte zu erzielen. H. empfiehlt, vor der Ausführung der Operation eine Verschmälerung der abnorm breiten Spalte durch Annäherung beider Kieferhälften vermittels geeigneter orthodontischer Apparate vorzunehmen.

SEIFERT.

54) **Winternitz** (Budapest). **Operation der Gaumenspalte mittels Plattennaht.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 86. 1908.*

Die frühe Operation wird für besser gehalten, weil man dann bei gut gelungener Naht einen sufficienten Gaumen erzielt. Genaue Beschreibung der Technik der Plattennaht.

SEIFERT.

55) **S. H. Large. Die Gaumentonsillen. (The faucial tonsils.)** *Ohio State Medical Journal. 15. August 1908.*

Bei Kindern ist stets allgemeine Narkose, jedoch niemals mit Chloroform, anzuwenden, bei Erwachsenen Lachgas oder Cocain.

EMIL MAYER.

56) **John E. Rhodes. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1908.*

Cfr. Bericht der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Canada, Mai 1908.

LEFFERTS.

57) **Hopmann** (Köln a. Rh.). **Die Furcht vor Mandeloperationen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1908.*

Unter Berücksichtigung der physiologischen und pathologischen Bedeutung des lymphatischen Rachenringes entkräftet H. die gegen die Mandeloperationen erhobenen Einwendungen: 1. Bedeutungslosigkeit der Mandelentzündungen. 2. Mangelnder oder ungenügender Erfolg der Operation. 3. Directe oder indirecte Schädigungen durch die Operation. 4. Gefahr der Narkose und des Blutverlustes. 5. „Wegnahme der ganzen Mandel ist überflüssig". Verkleinerungen oder andere entsprechende Maassnahmen genügen. Autor erörtert eingehend die Indicationen und Contraindicationen zur Operation und vertritt den Standpunkt, bei gegebener Operationsindication möglichst radikal und alles in einer Sitzung in Narkose zu entfernen, so dass er, selbst bei Kindern, in einer Sitzung Rachenmandel, die beiden Gaumenmandeln, eventuell noch „Wucherungen der Wulstfalte, der Zungenmandel und Hyperplasien der Nasenmandeln, namentlich ihrer Hinterenden" entfernt. Bezüglich der Gaumenmandeln soll man — unter sorgfältiger Schonung der Gaumenbogen — die Gaumenmandeln womöglich stumpf herausschälen und das ganze Mandelgewebe entfernen. Als zweckmässigstes Instrument empfiehlt H. die von ihm und Scherenberg angegebenen, bezw. modificirten Scheeren. Verf. verbreitet sich eingehend über die Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit der Narkose zum Gelingen der Operation, über das Unzweckmässige der „Theiloperationen" und über die pathologische Bedeutung der „Mandelverkäsung".

HECHT.

58) **Joseph B. Green. Entfernung erkrankter Tonsillen und Adenoiden, um den Rachen von Diphtheriebacillen zu reinigen. (Removal of diseased tonsils and adenoids to rid tho throat of diphtheria bacilli.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

An und für sich bietet die Operation unmittelbar nach einer Diphtherieerkrankung nicht mehr Risiko als zu andern Zeiten; nur muss man wegen der Wahl eines Anästheticums den Allgemeinzustand, besonders den Zustand des Herzens, berücksichtigen. Jedenfalls soll nie Chloroform angewandt werden, sondern lieber Aether oder Bromäthyl.

Verf. schreibt den permanenten Befund von Diphtheriebacillen bei Reconvalescenten nach Diphtherie dem Zustand der Gaumen- und Rachentonsille zu, da deren Krypten einen idealen Schlupfwinkel für die Mikroorganismen darstellen.

EMIL MAYER.

59) **Edward J. Brown. Schmerzlose Tonsillectomie und Adenectomie mit Chinin-Anästhesie. (Painsles Tonsillectomy and Adenectomy with Chinin Anaesthesia.)** *Journal American Medical Association. 8. August 1908.*

Verf. meint, dass Chininlösung ein ausgezeichnetes und gefahrloses Mittel zur localen Infiltrationsanästhesie bilde.

EMIL MAYER.

60) **Marchal. Amygdalotomie und Adenotomie. (Amygdalotomie et Adénotomie.)** *Archives Méd. Belges. No. 1. 1908.*

Der Leser dieser Zeitschrift dürfte schwerlich etwas Neues in dem Artikel entdecken.

BAYER.

61) **Rydygier jun. Eine neue Methode zur Freilegung der Tumoren im Rachen. (Nowy sporób nezedecia gardla [pharyngotomia], w celu dotarcia do gusów w niem powstatych.)** *Tygodnik Lekarski. No. 51. 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die zahlreichen Operationsmethoden und empfiehlt selbst die Operation von zwei Schnitten aus vorzunehmen, deren einer vom Processus mastoideus bis herab zum Sternum entlang dem Musculus sternocleidomastoideus, der andere quer etwa senkrecht zu dem ersteren, von der Mitte des grossen Zungenbeinhornes bis zum Sternocleidomastoideus reicht. So lässt sich durch das Zurückschlagen zweier Lappen ein grosses Operationsfeld freilegen und mit Durchschneidung der Zungenbeinmuskeln sich der Zutritt zu dem ganzen Pharynx von der Schädelbasis bis zum Aditus laryngis und zur Nasenrachenhöhle bahnen. Von grossem Vortheil ist dabei auch die Freilegung der grossen Gefässe und die Möglichkeit, das dieselben umgebende lockere Gewebe mit den Lymphdrüsen ausgiebig zu entfernen.

A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Robert C. Myles. Die Entfernung der Gaumentonsillen als Mittel gegen katarrhalische Schwerhörigkeit. (The removal of the faucial tonsils as a means of relieving catarrhal deafness.)** *American Journal of Surgery. Juli 1908.*

Verf. anästhesirt das Operationsfeld, indem er die Tonsillen zuerst mit 10proc. Cocainlösung bepinselt und dann eine 1proc. Lösung in die Schleimhaut um die Kapsel herum injicirt.

Mit Scheeren löst er die Tonsillen aus der Tiefe heraus und vollendet die Operation mit Guillotine, Schlinge und Zange.

Bei Kindern bevorzugt Verf. die allgemeine Narkose. EMIL MAYER.

63) **Chevalier Jackson. Tonsillotomie oder Tonsillectomie. (Tonsillotomy or tonsillectomy.)** *N. Y. State Journal of Medicine. Januar 1908.*

Verf. meint, dass wenige Operationen allgemein so schlecht gemacht würden, wie die an den Tonsillen und dass die Tonsillotomie eine durchaus ungerechtfertigte Operation sei. Die Tonsillotomie, d. h. die Abtragung des prominirenden Theils der Tonsille führt dazu, dass die Drüsen in dem tieferen Abschnitt der Tonsille unter dem Narbengewebe der Tonsille abgeschlossen würden; dadurch werde für immer die Function der zurückbleibenden Partie aufgehoben und der Patient sei in den meisten Fällen schlechter daran als vorher. Patienten, die an periodisch auftretenden Anfällen von acuter Tonsillitis gelitten hätten, bekämen solche noch häufiger als früher; Rheumatismus, infectiöse Arthritis, Endocarditis und andere Krankheiten, die auf die Tonsillen zurückgeführt werden, würden verschlechtert oder ihr Auftreten werde durch die partielle Amputation der Tonsille wahrscheinlicher gemacht.. Der einzige richtige und chirurgische Weg sei, die Tonsille gründlich aus ihrer Kapsel herauszuschälen. LEFFERTS.

64) **George L. Richards. Ein neues Instrument zum Fassen der Tonsillen vor ihrer completten Enucleation. (A new instrument for grasping the tonsil preliminary to complete enucleation.)** *Journal American Medical Association. 27. Juni 1908.*

Das Instrument gestattet, die Tonsille während des ganzen Actes der Operation festzuhalten. EMIL MAYER.

65) **Mague. Betrachtungen anlässlich eines neuen Falles von gutartiger Geschwulst des unteren Rachens. (Réflexions au sujet d'un cas nouveau de tumeur bénigne du pharynx inférieur.)** *Rev. hebd. de tumeur. April 1908.*

Bericht über einen ziemlich seltenen Fall eines gestielten, beweglichen Tumors, der bei einem 73jährigen Manne auf der Moure'schen Klinik beobachtet wurde. Der Stiel war lang und dünn und inserirte an der seitlichen Rachenwand unterhalb des Endes des hinteren Gaumenbogens. Als einziges Symptom bestanden Schluckbeschwerden. Abtragung des Tumors mit der heissen Schlinge. BRINDEL.

66) **Clement F. Theisen. Sarkom des Rachens bei einem 8jährigen Kinde mit Obductionsbericht und mikroskopischem Befund. (Sarcoma of the pharynx in a child of eight years with autopsy findings and microscopic report.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cf. Bericht der XXIX. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Washington, Mai 1907. EMIL MAYER.

67) **Lavrand. Ulcerirter Tumor des Pharynx. (Tumeur ulcérée du pharynx.)** *Journal des sciences médicales de Lille. 2. Mai 1908.*

Es handelte sich um ein geschwürig zerfallendes Gummi, das unter specifischer Behandlung schnell heilte. BRINDEL.



68) Hugo Zwillinger. **Cavernöses Hämangiom des unteren Pharynx. (Cavernous hemangioma of the lower pharynx.)** *N Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Pat. war 22 Jahre alt; in dem rechten Sinus piriformis sass eine bläulichrothe Geschwulst. Nur der obere Theil der ary-epiglottischen Falte war von der Geschwulst frei geblieben, die einen Theil des Taschenbandes verdeckte und die Glottis von oben her etwas verengte. Die Oberfläche des Tumors war uneben und höckrig. Er erstreckte sich in der Richtung auf die rechte Vallecula hinter die Epiglottis auf den Zungenrücken und bedeckte die rechte pharyngo-epiglottische Falte. Mit einer breiten Oberfläche haftete er an einem Gewebszipfel, der unterhalb der rechten Tonsille herkam, die rechte Vallecula ausfüllte und am Zungengrund endete. Die Diagnose lautete Haemangioma cavernosum. Mikulicz hatte bis 1889 nur zwei solche Fälle berichten können. LEFFERTS.

69) Gottlieb Kiaer. **Ein Fall von primärem Carcinom des Epipharynx. (A case of primary cancer of the epipharynx.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

## d. Diphtherie und Croup.

70) R. A. Parker. **Diphtherieepidemie in Boulder Westaustralien. (Diphtheria-outbreak at Boulder Westaustralia.)** *Australasian Medical Gazette. December 1908.*

Hervorzuheben sind die Isolationsmaassregeln: Alle Erkrankten wurden in ein Sonderhospital gebracht, das drei Monate geöffnet blieb, während alle mit ihnen in Berührung gekommenen Personen unter ständiger Beobachtung blieben. Die Isolation wurde so lange fortgesetzt, als die bakteriologische Untersuchung des Rachens das Vorhandensein von Bacillen ergab. A. J. BRADY.

71) A. Montefusco. **Die Morphologie des Diphtheriebacillus in Beziehung zu seiner Virulenz und zur Prognose des Croup. (La morfologia del bacillo difterico in rapporto alla sua virulenza ed alla prognosi del crup.)** *Giorn. Intern. delle Scienze mediche. 15. Januar 1908.*

Auf Grund von 72 klinisch und bakteriologisch untersuchten Fällen, wovon 17 mit Obductionsbefund, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die drei Typen des Diphtheriebacillus (kurze, mittlere und lange) sich unter einander nicht durch Verschiedenheit der Virulenz unterscheiden. Der in Frankreich für fast avirulent gehaltene kurze Bacillus ist ebenso virulent wie die mittlere Form und kann sich in Culturen in den langen Bacillus umwandeln. Die Schwere des Falles hängt nicht von dem bei ihm gefundenen Bacillentypus ab, sondern vielmehr davon, ob sich andere Mikroorganismen, besonders Diplokokken und Streptokokken, ihm zugesellen. FINDER.

72) Thos. Strani. **Ein Diphtherieträger; Persistiren des Klebs-Löffler-Bacillus 9 Monate nach der Erkrankung. (A diphtheria carrier; persistance of the Klebs-Loeffler bacillus nine months after attack.)** *Lancet. 17. October 1908.*

Das Kindermädchen hatte Diphtherie; Ausstriche aus Hals und Nase ergab

keine Diphtheriebacillen. Sie inficirte die ihrer Obhut anvertrauten Kinder. In der Nase derselben fanden sich Bacillen, die nach der Behandlung verschwanden. Die Kinder wurden von Neuem inficirt und man fand wieder Bacillen in der Nase. Verf. denkt an die Möglichkeit einer Infection der Nebenhöhlen.

ADOLPH BRONNER.

73) **J. H. Brandt. Diphtherie, übertragen durch einen Hund. (Diphtheria contracted from a dog.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem mit grosser Wahrscheinlichkeit eine diphtherische mit partieller Lähmung auftretende Erkrankung eines Hundes auf ein kleines Mädchen übertragen wurde: auch einen zweiten Diphtheriefall führt er auf Ansteckung durch den Hund zurück.

Die Diagnose der Erkrankung beim Hunde geschah, indem Diphtheriebacillen in seinem Rachen gefunden und die angelegten Culturen positiv ausfielen; Injection zweier Meerschweinchen ergab bei dem einen eine typische Membran, während deren Bildung bei dem andern durch vorherige Gaben von Antitoxin verhindert wurden.

EMIL MAYER.

74) **Puddicombe. Bemerkungen über einen Fall von Diphtherie und Impetigo contagiosa beim Kind. (Notes on a case of diphtheria and impetigo contagiosa in the child.)** *Lancet. 8. August 1908.*

Achtjähriges Kind mit Impetigo erkrankte an Diphtherie.

Heilung durch Seruminjectionen. Es wurden Klebs-Loeffler'sche Bacillen in den Absonderungen aus Nase und Hals, sowie in der Impetigo gefunden.

ADOLPH BRONNER.

75) **A. Mazzi. Einige prämonitorische Zeichen der postdiphtherischen Lähmung. (Alcuni segni premonitori della paralisi post-difterica.)** *Gli Annali di Ippocrate. 15. Februar 1908.*

Bei einer Epidemie von circa 300 Fällen verlor Verf. 8 an plötzlicher Herzlähmung während der Convalescenz. Er fand stets, dass in diesen Fällen die Convalescenz begleitet war von schwerer Anämie, hartnäckiger Anorexie, Erbrechen, allgemeiner Schwäche und Schwäche der Herzfunctionen, Leibschmerzen. Verf. glaubt, dass dies davon abhängt, dass die Antitoxingaben zu gering waren und nicht nach der anscheinenden Genesung fortgesetzt wurden. Sind daher Erscheinungen, wie die oben genannten vorhanden, so soll man von Neuem Antitoxin geben.

FINDER.

## c. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Schiffers** (Lüttich). **Missbildung des Kehlkopfes, palmirter Larynx, Palmatur oder Palmirung des Larynx. (Malformation du larynx, larynx palmé, palmature ou palmure du larynx.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1908.*

Der Autor hat bei 3 Personen eine Membran constatirt, welche ein Viertel der Stimmbänder an ihrer vorderen Commissur vereinigte. In einem Fall befreite er den Kranken von seiner Stimmschwäche, welche davon abhing, vermittelst des Galvanokauters.





Diese Membran, bestehend aus Epithelien und Bindegewebe, rührt von einer embryonalen Störung her. PARMENTIER.

77) **Gottlieb Kiaer. Congenitales Diaphragma des Kehlkopfes. (Congenital diaphragm of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Die Membran nahm die vorderen drei Viertel der Rima glottidis ein und endete hinten mit einem scharfen concaven Rand. Sie war am dünnsten in der Mitte, hinten und an der Seite, während sie vorn an der Anheftungsstelle eine mehr fibröse Beschaffenheit hatte. Mittels des Galvanokauters wurde die Membran von hinten nach vorn in der Mittellinie durchtrennt. Patientin gab nach der Operation dem Erstaunen darüber Ausdruck, wie viel mehr Luft sie einathmen könnte, als vordem. EMIL MAYER.

78) **Denille. Ueber die Behandlung der diffusen Larynxpapillome beim Kind. (Du traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1907.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen chirurgischen Methoden und erörtert deren Indicationen. BRINDEL.

79) **J. Payson Clark. Kehlkopfpapillome bei Kindern; eine fernere Betrachtung über diesen Gegenstand. (Papilloma of the larynx in children; a further consideration on the subject.)** *Annals of Otology, Rhinology and Largngology. September 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal Mai 1908. EMIL MAYER.

80) **K. Malmsten** (Stockholm). **Ein Fall von kirschgrossem Fibrom des linken Stimmbandes. (Fall af körsbärsstort fibrom fran venstra stämbandet.)** *Sitzung der Schwed. Gesellschaft der Aerzte vom 22. September 1908.*

Es handelte sich um eine sonst gesunde 27jährige Dame, die seit 5 bis 6 Jahren an Heiserkeit litt; am 19. Januar 1904 konnte Dr. M. einen gelappten, bohnengrossen Tumor, vom linken Stimmbande ausgehend, constatiren. Die Pat. wollte sich nicht operiren lassen. Aphonie, erschwerte Respiration und Erstickungsanfälle führten sie jedoch 5 Jahre später zum Arzt; der Tumor war jetzt kirschgross und füllte die Stimmritze; er wurde intralaryngeal entfernt und die Stimme der Patientin wurde nach der Operation vollständig klar.

E. STANGENBERG.

81) **Sir Felix Semon. Einige Punkte in der Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. (Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal cancer.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Cfr. Referat des Artikels aus dem British Medical Journal. (Centralblatt 1907, S. 218.) EMIL MAYER.

82) **J. Leslie Davis. Kehlkopfneubildungen in Amerika. (Laryngeal neoplasms in America.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

An der Hand von 150 Mittheilungen amerikanischer Collegen bespricht Verf. Aetiologie, Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses. EMIL MAYER.

83) **W. Okada. Ueber die Resultate der operativen Behandlung des Kehlkopfcarcinoms.** *„Gan" (Carcinom). Bd. II. Heft 1. 1908.*

29 Patienten unter 160 Kehlkopfcarcinomkranken wurden vom Verf. während der letzten 8 Jahre mit folgenden Resultaten operirt:

1. Intralaryngeale Exstirpation 2 Fälle. Heilung 50 pCt.

In einem Falle fand sich das Carcinom in Gestalt eines Polypen am linken Stimmband. Kein Recidiv 7—8 Jahre nach der Operation.

2. Partielle Kehlkopfexstirpation 2 Fälle. Heilung 50 pCt.
3. Totale Kehlkopfexstirpation 25 Fälle. Heilung 36 pCt.

Als geheilt betrachtet O. 9 Fälle, bei welchen über ein Jahr kein Recidiv eintrat, aber er konnte nur bei 3 Patienten constatiren, dass sie noch gesund waren (3, 4 und 6 Jahre nach der Operation), während er von den übrigen keine Nachricht erhielt.

INO KUBO.

84) **H. P. Mosher. Die directe Untersuchung des Kehlkopfs und des oberen Endes des Oesophagus in Seitenlage. (The direct examination of the larynx and of the upper end of the oesophagus by the lateral route.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Februar 1908.*

Die Untersuchung wird in der Regel in Narkose vorgenommen. Verf. schildert die Technik derselben und ein von ihm zu diesem Zweck angegebenes Speculum.

EMIL MAYER.

85) **R. H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Direct Laryngoscopy.)** *St. Louis Medical Review. Juli 1908.*

Es werden drei Fälle berichtet, in denen die Diagnose mittels des Jackson'schen Speculums leicht gelang: Kehlkopfabscess, Stenose nach Intubation und Kehlkopfpapillom.

EMIL MAYER.

86) **Emilio Martinez. Ein nicht diagnosticirter Fremdkörper im Kehlkopf. (An unrecognized foreign body in the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Pat. verschluckte eine Zahnplatte; es wurde die Oesophagotomie gemacht, als deren Folge eine Recurrenslähmung zurückblieb. Es traten dann Erscheinungen von Kehlkopfstenose auf, wegen deren die Tracheotomie gemacht wurde. Im März 1907 wurde die Thyreotomie gemacht; man fand im rechten Ventrikel einen von Granulationen angefüllten Fremdkörper, einen Hammelknochen. Es wird angenommen, dass dieser im September 1905 aspirirt worden ist und wegen der bestehenden Recurrenslähmung nicht ausgehustet werden konnte. Bemerkenswerth ist die Toleranz des Kehlkopfs gegenüber einem seit 2 Monaten in ihm steckenden Fremdkörper.

EMIL MAYER.

87) **L. Heyermans** (Amsterdam). **Eine verschluckte Wurst. (Een ingeslikte worst.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. 1908.*

Ein dementer Achtzigjähriger erstickte beim Wurstessen. Der zufällig in der Nähe anwesende und schleunigst herbeigeholte Arzt (H.) fand ihn cyanotisch, mit offenbar ganz abgeschlossenem Luftweg. Mit den Fingern gelang es ihm, eine halbe Wurst aus dem Rachen zu entfernen. Mit einem Messer wurde dann die

Trachea eröffnet und die Wunde mittels einer Klemmpincette klaffend erhalten und durch künstliche Athmung die Respiration wieder in Thätigkeit gesetzt. Es wurde dann mit einer Zange der Rest der Wurst (wie sich herausstellte, noch eine halbe Wurst!) extrahirt. Die ganze Wurst wog 150 g.

An der Tracheotomiewunde trat keine Infection auf; allein es entstand eine Pneumonie, welcher der Alte nach 7 Tagen erlag. H. BURGER.

88) **Goyanos** (Madrid). **Blutegel in der Regio subglottica; Extraction mittels directer Laryngoskopie. (Ganguijueta du la región subglótica extraida por laringoscopia directa.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 14. November 1907.*

Im Moment der Einführung des Instruments löste sich der Blutegel vom Kehlkopf los und heftete sich an die Innenwand des Rohrs an und konnte so extrahirt werden. TAPIA.

89) **Chevalier Jackson. Tracheobronchoskopie. (Tracheobronchoscopy.)** *Annals of Surgery. März 1908.*

Verf. beschreibt eine von ihm angegebene Modification des Bronchoskops, die vor der bisher gebräuchlichen Form gewisse Vortheile haben soll. Er hat mit diesem Instrument 17 Tracheo-Bronchoskopien wegen Fremdkörper ausgeführt und es gelang in 14 Fällen, den Fremdkörper zu entfernen. LEFFERTS.

90) **Rontaler. Beitrag zu der therapeutischen Wirkung der Tracheobronchoskopie und über die Technik der Bronchoskopie. (Przyczynek do terapeutycznego leczenia za pomoca tracheobronschoskopii.)** *Medycyna. 1908.*

Nachdem Verf. einen kurzen historischen Ueberblick der Lehre von der Bronchoskopie gegeben und den Killian'schen und Brüning'schen Apparat, wie auch die genaue Technik bei einem derartigen Verfahren genau beschrieben hat, berichtet er über zwei Fälle:

1. Rhinolaryngotracheosklerom, bei dem nach mehrmaliger Anwendung der Bronchoskopie zu diagnostischen Zwecken eine bedeutende Verminderung der Stenose eintrat, was Verf. nicht nur dem mechanischen Einfluss, sondern auch der Zerreissung und Abschabung der weichen in der Trachea befindlichen Granulationen durch den Apparat zuschreibt.

Fall 2, bei dem es sich nach Ansicht des Verf.'s bei einem 63jährigen Patienten um eine Pseudoleucaemia lymphatica cervicalis handelte, wobei eine starke Dyspnoe bestand: hierbei wurde bei mehrmaliger Anwendung des Bronchoskops eine bedeutende Verminderung der Athemnoth erzielt, was Verf. der mechanischen Wirkung auf die stark geschwollene Schleimhaut der Trachea zuschreibt.

A. v. SOKOLOWSKI.

91) **A. Winternitz** und **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der directen Tracheobronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 41—43. 1908.*

Dieser im Archiv f. Laryngologie ebenfalls erschienene Vortrag ist im Centralblatt bereits referirt worden. v. NAVRATIL-POLYAK.

92) **Walter B. James** und **Emil Mayer. Bronchoskopie. (Bronchoskopy.)** *N. Y. Medical Record. 30. Mai 1908.*

Ein 7jähriger Knabe inspirirte das Mundstück einer Kindertrompete. Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in der Mittellinie gegenüber dem vierten Dorsalwirbel mit der Spitze nach dem linken Bronchus gerichtet. Emil Mayer entfernte den Fremdkörper mittels des Bronchoskops in 13 Minuten; er lag an der Bifurcation und wurde mit dem Rohr zusammen herausgezogen. Die Operation geschah unter Chloroformnarkose. Der Fremdkörper hatte 5 Monate in den Luftwegen gesessen.

LEFFERTS.

93) **Goldstein** (Paris). **Eine Pfeife in den Bronchien. (Un sifflet dans les bronches.)** *Société de Pédiatrie. 20. October 1908.*

Der Fremdkörper sass an der Bifurcation des rechten Hauptbronchus. Bei jeder Inspiration ertönte die Pfeife, so dass man es in der Entfernung hören konnte. Nach 14 Tagen wurde sie durch einen Hustenstoss ausgetrieben.

GONTIER de la ROCHE.

94) **Wolff Freudenthal. Ein Wort zu Gunsten der systematischen Anwendung der Bronchoskopie in unserer Praxis. Nebst Beschreibung eines modificirten Bronchoskops. (A plea for systematic use of bronchoscopy in our routine work. With discription of a modified bronchoscope.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Mai 1908.*

Verf. plaidirt dafür, das Feld für die Anwendung der Bronchoskopie zu erweitern. So sollten alle Erkrankungen der unteren Luftwege mit ihrer Hülfe in vivo studirt werden, und es würden so manche bisher als selten erachtete Affectionen in ein helleres Licht gesetzt werden.

Das Bronchoskop, das Verf. angiebt und das unter Leitung des Kehlkopfspiegels einzuführen ist, besteht aus zwei gleich langen Theilen, die durch ein Gelenk mit einander verbunden sind. Er glaubt, dass mittels dieser Bronchoskopie die Untersuchungsmethode sehr vereinfacht wird.

LEFFERTS.

95) **A. Galebsky** (St. Petersburg). **Ueber die Anwendung der Bronchoskopie in zwei Fällen von Asthma bronchiale.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Im ersten Falle wurde nach der ersten Sitzung Besserung beobachtet; bei einem neuen Anfalle, der zur Zeit der Menses eintrat, hatte die Vornahme der Bronchoskopie keinen Erfolg. Bei diesem Falle — 40 jährige Frau — bestand „eine schwere Form von Asthma bronchiale, bei der sich die Erscheinungen einer diffusen Bronchitis hauptsächlich in der linken Lunge localisirten. In diesem Falle wurde mittels Bronchoskopie ein sehr deutlicher Unterschied zwischen der Schleimhaut des rechten und linken Bronchus erwiesen. Die Schleimhaut des linken Bronchus war stark geröthet und etwas ödematös.“

In dem zweiten Falle — Asthma bronchiale bei einer 30jährigen Frau — „wurde durch bloss einmalige Anwendung der Bronchoskopie und Bepinselung der Bronchien mit Cocain und Adrenalin eine vollkommene Heilung des Leidens erzielt“.

Autor vermuthet, dass der Erfolg der Bronchoskopie dadurch zu Stande komme, „dass durch die Bepinselung mit der starken Cocainlösung die das Asthma auslösende Reflexkette unterbrochen wird“.

HECHT.

96) **Chevalier Jackson. Ein neues Bronchoskop. (A new bronchoscope.)** *The Laryngoscope März 1908.*

Das Bronchoskop ist nur in zwei Grössen nothwendig: 5 mm : 30 cm für Kinder und 7 mm : 40 cm für Erwachsene; eine dritte Grösse von 9 mm : 40 cm kann gelegentlich verwendet werden, ist aber nicht unbedingt nothwendig.

EMIL MAYER.

97) **Wilson T. Ballin. Ein Kehlkopfmesser und Argentumträger. (A larynx knife and silver nitrate carrier.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1908.*

Das Messer ist leicht, kann gut sterilisirt werden, seine Länge kann verstellt werden, es kann nach jeder Richtung schneidend gestellt werden und ist geschützt, so dass Verletzungen beim Herausziehen ausgeschlossen sind.

LEFFERTS.

## f. Schilddrüse.

98) **Sidney Dickens. Bemerkungen über einen Fall von acutem Kropf. (Notes on a case of acute goitre.)** *Lancet. 24. October 1908.*

Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, das an leichter Dyspnoe und Dysphagie litt. Der linke Schilddrüsenlappen fühlte sich hart an und war vergrössert. Während der Nacht nahm die Dysphagie zu. Am nächsten Tage ging es ihr erheblich schlechter. Es wurde ein Katheter vom Mund aus durch den Kehlkopf eingeführt und dann die Tracheotomie gemacht. Es trat auffallende Pulsverlangsamung und Exitus ein, der wahrscheinlich auf eine Wirkung auf den Vagus zurückzuführen war. Eine Operation war verweigert worden.

ADOLPH BRONNER.

99) **Capelle** (Bonn). **Ein neuer Beitrag zur Basedowthymus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1908.*

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur Bericht über einen Fall von operiertem Basedow mit postoperativem Exitus, als dessen Ursache „Status thymicus“ (persistirende Thymus von $10:6^1/_2:2^1/_2$ cm) bei der Autopsie festgestellt wird. „Es ist daher ein Gebot der Nothwendigkeit, bei jedem schweren Basedow, der operativ angegriffen werden soll, das Bild des Status thymicus vor Augen zu behalten, und jedesmal erst die diagnostische Kunst zu erschöpfen, für die Frage, ob der zu operirende Kranke eine vergrösserte Thymus besitzt.“ „Der Nachweis einer grossen Thymus giebt eine Contraindication zu einem Eingriff bei Basedow ab wegen der zu gewärtigenden und bei ihrem Eintritt durch nichts aufzuhaltenden Herzkatastrophen“.

HECHT.

100) **Gordon Gullan. Morbus Basedow; eine Discussion über seine Pathologie und Behandlung. (Exophthalmic goitre; a discussion on it spathology and treatment.)** *Lancet. 5. September 1908.*

Die Veränderung der Schilddrüse besteht in einer wirklichen Hypertrophie, die zu einer Vermehrung der specifischen Secretionen führt. Alle Symptome können bei Thieren durch die Anwendung grosser Dosen von Schilddrüsensubstanz hervorgerufen werden. Gewisse Abnormitäten in der Function der Geschlechtsorgane bilden wahrscheinlich den Ausgangspunkt der Schilddrüsendegeneration. Die Parathyroiddrüsen haben wahrscheinlich nichts mit der Basedowschen Krankheit zu thun. Von 16 Fällen wurden 9 mit Rodagen (hergestellt aus der Milch thyreodectomirter Ziegen) behandelt; einer wurde geheilt, 7 erheblich gebessert, einer blieb ungebessert. Von 5 Fällen, die mit Thyreodectin behandet wurden, wurden alle geheilt.

ADOLPH BRONNER.

101) **T. H. Evans. Hypochloridisation bei der Behandlung des Morbus Basedow. (Hypochloridization in the treatment of ophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Die Behandlung ist eine der Epilepsie analoge und besteht in Verabreichung von Strontium bromat., Kaliumnitrat, Digitalis und salzloser Diät. Nach zweiwöchiger Behandlung verschwanden der Tremor und das Gefühl von Nervosität vollständig und Patientin wurde körperlich und seelisch viel ruhiger; der Puls fiel von 128 auf 96.

LEFFERTS.

102) **H. J. Berckley. Wirkung des Lecithin bei Morbus Basedow. (Action of Lecithin in exophthalmic goiter.)** *American Medical Association Journal. 24. October 1908.*

Verf. verwendet seit 3 Jahren eine alkoholische Lösung von Lecithin, die ihm in vielen Fällen von Asthenie ausgezeichnete Dienste leistete und die er jüngst auch in einigen Fällen von Morbus Basedow mit deutlichem Erfolg hat brauchen lassen. Trotz des sehr unangenehmen Geschmacks des Mittels gewöhnen sich die Patienten bald daran. Alle Patienten geben an, dass eine Stunde, nachdem sie die Medicin genommen haben, ihre Nerven sich beruhigen und die acuten Erscheinungen aufhören. Lecithin ist nicht am Platz bei gestörter Digestion und versagt ohne Hülfe einer Milchdiät. Verf. discutirt die Wirkung und giebt die Krankengeschichte von vier Fällen, von denen zwei schwere, die sehr günstig durch die Lecithin-Milchkur beeinflusst wurden.

EMIL MAYER.

103) **Jeanne C. Solis. Die Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal Michigan State Medical Society. October 1908.*

Verf. empfiehlt die Anwendung des faradischen Stroms in diesen Fällen.

EMIL MAYER.

## g. Oesophagus.

104) **Sidney Lange. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. (The Roentgen examination of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1909.*

In vielen Fällen kann die Röntgenuntersuchung eine werthvolle Ergänzung

der übrigen diagnostischen Methoden darstellen, in andern ist ihre Vornahme direkt geboten. Bei schwachen und neurotischen Personen ist die Einführung von Instrumenten in den Oesophagus oft schwierig, bei Herzkranken gefährlich; die Möglichkeit eines Aortenaneurysmas oder eines Mediastinaltumors stellt für sie ein Risiko dar. Nach einer bisher freilich nur geringen Zahl von Untersuchungen scheint es, als ob eine Verengung im Lumen des Oesophagus durch Röntgenuntersuchung frühzeitiger festgestellt werden kann. LEFFERTS.

105) **O. W. H. Mitchell. Frühzeitige Schwellung der Cervicaldrüsen als einziges Zeichen von Oesophaguscarcinom. (Early cervical lymph node enlargement, the sole sign of carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

An der Hand eines Falles discutirt Verf. die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und Hodgkinscher Krankheit. Er sagt, dass jede Schwellung der Cervicaldrüsen beim Menschen den Verdacht auf Malignität erwecken sollte. Im vorliegenden Fall ergab die Untersuchung einer excidirten Drüse die maligne Natur der Erkrankung. LEFFERTS.

106) **Landois** (Greifswald). **Ueber multiple Cysten des Oesophagus.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 94. 1909.*

Bei der Section eines 41 jährigen Diabetikers fanden sich im Oesophagus echte, von den Ausführungsgängen der ösophagealen Drüsen ausgehende Cysten mit entzündlichen Veränderungen der Submucosa. SEIFERT.

107) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Zwei Fälle von Oesophagusfremdkörpern, durch Oesophagoskopie extrahirt.** *Bericht der Jahresversammlung der medicinischen Gesellschaft zu Kinshu. 1907.*

1. Ein 4jähriger Knabe verschluckte vor einer Woche eine Backengräte von „Pagous cardinalis“ beim Essen. Am 11. März 1907 kam das abgemagerte Kind mit Schmerzen zu mir. Oesophagoskopie unter Chloroformnarkose auf dem Tische. (Rohr 125 cm lang, 1,0 cm im Durchmesser). Eine trapezoide (1,8 × 2,0 cm) Gräte lag im Anfangstheil des Oesophagus, die mit Killian'scher Fremdkörperzange leicht entfernt wurde.

2. 12jähr. Knabe verschluckte eine 2 Sen-Kupfermünze (3,2 cm im Durchmesser, 0,2 cm dick) aus Zufall. Am nächsten Tag (14. März 1907) kam er in die Klinik. Der Fremdkörper wurde durch Röntgenphotograghie deutlich im Anfangsteil des Oesophagus beobachtet. Extraction durch Oesophagoskopie geschah leicht mit hakenpincetteähnlicher Fremdkörperzange nach Killian.

K. empfiehlt dringlich ösophagoskopische Extraction statt Oesophagotomie selbst bei Kindern. INO KUBO.

108) **L. Mc. Gavin. Maligner Verschluss des Oesophagus. (Malignant obstruction of the oesophagus.)** *N Y. Medical Journal. 17. October 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Pathologie und Symptomatologie des Speiseröhrenkrebses. LEFFERTS.

# II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

## a) XXX Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Montreal 11. bis 13. Mai 1908.

Vorsitzender: Herbert S. Birkett (Montreal).

Der Vorsitzende eröffnet die Verhandlungen mit einer Rede über: „Die Geschichte der Medicin in der Provinz Quebeck".

Joseph H. Bryan: Entfernung eines Fremdkörpers (Getreidekorn) aus der Trachea eines 6 Jahre alten Kindes.

Es wurden verschiedentliche Versuche gemacht, eine tracheoskopische Röhre durch den Larynx einzuführen, dies misslang aber wegen des geschwollenen Zustandes der Schleimhaut. Das Kind wurde cyanotisch; es wurde tracheotomirt und das Korn mit der Zange entfernt. B. warnt davor, nach wiederholten vergeblichen Versuchen auf der Einführung des Rohrs zu beharren.

Thomas H. Halstead: Persönliche Erfahrungen bei der Anwendung von Bronchoskop, Oesophagoskop und Gastroskop.

Es wurden 18 Operationen und Untersuchungen bei 14 Patienten vorgenommen; in allen ausser 4 Fällen in allgemeiner Narkose. Der jüngste Fall betraf ein 2 Stunden altes Neugeborenes, der älteste eine 70jährige Frau. Vier Fremdkörper wurden entfernt. Die 14 übrig bleibenden Operationen und Untersuchungen betrafen Kehlkopfpapillome, Kehlkopfstenose, Papillom des unteren Pharynxabschnittes, Verdacht auf Fremdkörper im Oesophagus; einmal bestand bei einem Neugeborenen die Indication in drohender Asphyxie. H. lenkt die Aufmerksamkeit weiter auf die Verdienste Jackson's, der sich bemüht hat, auch den Magen der directen Besichtigung zugänglich zu machen.

Discussion:

Emil Mayer (New York) legt zwei in den letzten Monaten durch Bronchoskopie entfernte Fremdkörper vor, ein Getreidekorn und ein Mundstück einer Zinnpfeife. Vegetabilien sollen wegen ihrer Neigung, aufzuquellen, sofort beseitigt werden, ob drohende Erscheinungen vorhanden sind oder nicht. M. betont auch die Nothwendigkeit geschulter Assistenz.

H. L. Swain (New Haven) berichtet über zwei Fälle; einer betraf einen Epileptiker, der ein falsches Gebiss verschluckt hatte, in dem anderen war eine Pfeiffe in die Bronchien gerathen. Im ersteren wurde die Tracheotomie gemacht, der letztere mit der Jackson'schen Zange entfernt.

Fletcher Ingals (Chicago) sagt, man solle bei schwerer Dyspnoe zunächst die Tracheotomie machen. Die Bronchoskopie habe eine glänzende Zukunft, da sie jedoch nicht ganz ohne Gefahr sei, müsse sie mit grösster Vorsicht ausgeführt werden.

W. E. Casselberry (Chicago) macht die Bronchoskopie in Aethernarkose mit subcutaner Morphiumanwendung; wird Morphium nicht gebraucht, so zieht er Chloroform vor.



H. P. Mosher (Boston) demonstrirt einen Oesophagusspiegel, ein ovales Oesophagusrohr, einen mechanischen Dilatator für Oesophagusstricturen und ein dreieckiges Rohr für den Kehlkopf.

J. P. Clark (Boston) beschreibt eine Methode, einen Faden verschlucken zu lassen, um den genauen Sitz einer Oesophagusstrictur festzustellen.

N. L. Wagner (San Francisco) spricht über den Werth der Chloroformapplication per Rectum in diesen Fällen.

T. H. Halstead hat bei Bronchialgranulationen gute Resultate mit der Application von Argyrol gehabt. Er hat in allen Fällen Aether angewandt ohne irgendwelche schlechten Erfahrungen. Er hat mittels der Gastroskopie in zwei Fällen Narben im Magen gesehen; er war im Stande, entzündliche Herde zu entdecken, die er für Ulcerationen hielt. In einem Fall konnte er die Oeffnung des Pylorus sehen.

Harris P. Mosher: Die Bildung des hartens Gaumens.

Verf. unterscheidet vier Typen des harten Gaumens: 1. der gut gerundete Alveolarbogen, 2. schmäler als jener und gestaltet wie die drei Seiten eines Parallelogramms, 3. winklig, 4. dem ersten Typus sehr nahe kommend, jedoch weiter und breiter als dieser. M. bespricht den Antheil, den die Alveolen bei der Gaumenbildung spielen, die Ursachen für die Abweichungen von der normalen Form, die Missbildung der Zähne, das ungleiche Wachsthum der Theile des Septums, das Herabsteigen der Antra, Asymmetrie der Gaumenhälften etc. Für die Asymmetrie ist in einer grossen Anzahl von Fällen ein falscher Zahndurchbruch als Ursache anzuschuldigen.

Bryson Delavan (New York) sagt, er wäre nicht im Stande, zu verstehen, warum wir so oft den hohen Gaumen im frühesten Lebensalter, gelegentlich schon bei der Geburt, finden.

B. Alexander Randell (Philadelphia) erwähnt die Erblichkeit als wichtigsten Factor.

John C. Roe (Rochester): Die Wirkung der Mundathmung besteht darin, dass die Kiefer durch lateralen Druck der Gesichtsmuskulatur einander genähert werden. Dazu kommt das Fehlen des gegenwirkenden Druckes, den die Zähne gegen einander ausüben und der während des Durchbruchs sehr zur Erhaltung ihrer regelmässigen Stellung beiträgt. Bei geschlossenem Mund spielt auch die Zunge eine wichtige Rolle für die Stellung der Kiefer.

Braden Kyle (Philadelphia) meint, die Unregelmässigkeit beschränkt sich hauptsächlich auf den Oberkiefer und es spiele dabei eine mangelhafte Ernährung des Knochens eine wichtige Rolle.

H. P. Mosher ist der Ansicht, dass die eigentliche Erklärung für das Zustandekommen des hohen Gaumens und der zweiten Dentition in dem vollkommenen Schwinden der Praemaxillae zu suchen sei.

Clement F. Theisen: Cyste der Stirnhöhle, die mit dem Stirnlappen communicirt.

Der Fall betraf eine 34jährige Frau; sie hatte Schmerzen auf der linken

Kopfseite und Ausfluss aus der linken Nase. Bei der Operation fand man die hintere Wand des Sinus in beträchtlicher Ausdehnung fehlend und die Cyste sich in den Stirnlappen hinein erstreckend. Man konnte die Pulsation der Meningealgefässe sehen. Völlige Heilung.

J. Price-Brown: Bemerkungen über zwei ungewöhnliche Stirnhöhlenfälle.

Der erste Fall betraf ein junges Mädchen, bei dem von einer früheren Operation eine Fistel bestand; nach Anlegung einer freien Oeffnung wurde ein Goldröhrchen eingesetzt; schliesslich entfernte man einen abgestorbenen Knochen, worauf Heilung eintrat. Redner meint, dass das Goldröhrchen den freien Abfluss nach der Nase sicherte. Im zweiten Falle wurde ein Gummidrain eingeführt, aber der Ausfluss hielt an. Nach Ausspülungen trat schliesslich Heilung ein.

Lewin A. Coffin: Ein Fall von Sinusitis; schwere Gehirnerscheinungen durch Operation gebessert; Pyämie; Tod.

33jährige Frau, die bewusstlos mit Delirien und Convulsionen ins Hospital gebracht wurde. Sie hatte eine Orbitalphlegmone auf der rechten Seite und Schwellung; man glaubte an das Vorhandensein eines Stirn- und Siebbeinempyems. Es wurde nach Killian operirt und man fand Eiter unter hohem Druck. Pat. fühlte sich ein paar Tage wohl, jedoch das Fieber hielt an. Man öffnete die rechte Highmorshöhle und fand hier einen Polypen. In dieser Zeit abortirte Patientin; die Frucht war 3 Monate alt. Auf den Abort folgten Infectionen an verschiedenen Körperstellen. Punction hinter der Stirnhöhle entleerte erhebliche Mengen Eiter und Pat. starb zwei Monate nach der Aufnahme unter Convulsionen. Bei der Autopsie fand man die ganze rechte Hemisphäre mit dickem Exsudat auf der Innenfläche der Dura mater, die der Pia fest adhärirte, belegt. Die Oeffnung des Abscesses befand sich an der Oberfläche des rechten Stirnlappens ungefähr in der Mitte zwischen dem unteren Pol und der Fissura Rolandi.

W. E. Casselberry macht auf die Schwierigheiten der Differentialdiagnose in Fällen wie dem von Theisen vorgestellten aufmerksam. Er weist auf die Verwirrung hin, die in dem Gebrauch der Bezeichnungen „seröse Cyste“ und „Mucocele“ besteht.

H. P. Mosher unterscheidet zwischen chronischer Retention und chronischer Eiterung der Höhlen. Es giebt viele Abstufungen bei den Mucocelen von einer geringen Zahl erkrankter Drüsen an bis zu solcher Menge, dass sie die Höhle völlig ausfüllen. Viele Fälle von chronischer Eiterung waren ursprünglich Mucocelen. Er möchte Theisen's Fall als eine nicht inficirte Mucocele ansehen.

K. L. Swain betrachtet die pathologischen Verhältnisse der Sinuserkrankungen als völlig identisch mit denen bei den Ohrkrankheiten.

C. P. Grayson (Philadelphia) erörtert die Frage, ob es sich empfiehlt, wie es Brown thut, Tuben einzuführen, um die Drainage zu sichern. Man soll einen Gazetampon von der Höhle aus in die Nase einführen, die äussere Wunde schliessen; wenn man nach 36—48 Stunden den Tampon entfernt, besteht keine Tendenz des Canals mehr, sich zu verengern.

J. H. Bryan (Washington hält eine solche Tendenz für sehr naheliegend.

T. P. Berens (New York) sagt, dass der Erfolg jeder Stirnhöhlenoperation von der ausgiebigen Drainage abhängt; diese könne durch völlige Entfernung der vorderen Siebbeinzellen gesichert werden.

L. A. Coffin (New York) berichtet über einen Fall, in dem Retention der Cyste Exophthalmos verursachte. Drainageröhren seien nach Killian'scher Operation unnöthig. Er hat nur einmal eine Nachoperation machen müssen in einem Falle, wo bei der ersten Operation ein sehr enger Supraorbitalrecessus übersehen worden war.

Henry L. Wagner: Papillitis atrophicans bilateralis linguae.

Es werden zwei Fälle berichtet; der erste betraf einen 40jährigen Mann, einen sehr starken Cigarettenraucher. Patient klagte besonders über lancinirende Schmerzen, die durch ein kleines im Centrum des hyperplasirten Zungengewebes befindliches Ulcus verursacht wurden. Gründliche Exstirpation dieser Stelle beseitigte alle Beschwerden. Mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Stückes ergab wirkliche Hyperplasie aller Schichten der Schleimhaut. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, bei der die Affection, abgesehen von der Atrophie, an die von Butlin beschriebene Hemiglossitis parenchymatosa erinnerte. Prolongirte Jodcur verhütete fast ein Jahr lang ein Recidiv.

J. P. Clark fragt den Redner, ob nicht in dem zweiten Fall Pemphigus der Zunge als Diagnose angenommen werden könnte.

J. W. Farlow (Boston) hat verschiedene Fälle von Pemphigus der Mundschleimhaut gesehen, dieselben ähnelten aber nicht dem Wagner'schen Fall. Er hat niemals Atrophie auf den Pemphigus folgen sehen.

J. Edwin Rhodes: Sarkom der Tonsille, Operation und pathologischer Befund.

Zuerst wurde die Carotis externa unter Localanästhesie unterbunden, dann der Tumor unter Cocain-Adrenalin stückweise entfernt. Es war ein Rundzellensarkom von alveolärem Typus; Pat. befindet sich zur Zeit wohl, jedoch ist die Prognose schlecht.

Bryson Delavan hebt die Vortheile hervor, die aus der Unterbindung der Carotis allein sich ergeben können.

Alexander Randall hat 16 Tage nach der Operation völliges Fehlen der Pulsation in der Art. temporalis gesehen; so lange also dauert es, bis sich der Collateralkreislauf herstellt.

Frederic E. Hopkins: Der Einfluss des Adrenalin auf Arteriosklerose.

Es können grosse Dosen Adrenalin continuirlich gegeben werden, ohne dass Arteriosklerose entsteht.

C. F. Theisen lenkt die Aufmerksamkeit auf neuere Experimente, wonach Atherom der Gefässe nur entsteht, wenn Adrenalin intravenös injicirt wird.

K. P. Mosher: Adrenalin hat bei Meerschweinchen keinen Einfluss auf die Aorta, wenn es intranasal angewandt wird.

Alexander Randall hat Adrenalin bei Morbus Basedow und otitischem Vertigo angewandt, ohne je Einfluss auf die Gefässe zu sehen.

Discussion über Recurrens- und Abductorlähmung im Kehlkopf.

John W. Gleitsmann: Einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Erkrankungen centralen Ursprungs.

Was die Localisation und Natur der Erkrankung betrifft, so können wir unterscheiden: Lähmung in Folge corticaler Erkrankungen, Störungen in der Capsula interna zwischen Rinde und Bulbus, Bulbärprocesse, Syphilis, Tumoren, Exostosen an der Schädelbasis, Druck auf den Pneumogastricus, Spinalerkrankung und endlich Lähmungen nach dem Avellis'schen oder Hughlings Jackson-schen Typus.

Was die Lähmungen aus corticaler Ursache betrifft, so bilden sie ein sehr strittiges Capitel. Die Verlegenheiten entstehen dadurch, dsss auch bei Autopsien der Bulbus nicht immer untersucht wird, so dass die Gegenwart einer corticalen Erkrankung nicht eine Mitbetheiligung des Bulbus ausschliesst. Nach dem Dafürhalten des Redners glauben gegenwärtig nur wenige Autoren an eine einseitige Kehlkopflähmung in Folge einseitiger Hirnerkrankung.

Redner bespricht dann die Lähmungen aus bulbärer Ursache.

Bei Meningitis ist Kehlkopflähmung selten, ebenso bei multipler Cerebrospinalmeningitis. Bei Tabes ist die Abductorlähmung der vorherrschende Typus, auch bei amyotrophischer Lateralsklerose und acuter Spinalleptomeningitis ist Kehlkopflähmung beobachtet worden. Zum Schluss wird der sogenannte Avellis-sche Symptomencomplex und die von Hughlings Jackson beschriebene gleichzeitige Lähmung von Pharynx, Larynx und Zunge besprochen.

Bryson Delavan: Periphere Ursachen der Kehlkopflähmung.

Er stellt drei Gruppen auf: 1. Lähmung in Folge Trauma, 2. in Folge Druck auf den Nerven und 3. in Folge Toxämie durch Vergiftung oder Erkrankung.

Als Trauma kommen Schussverletzungen und Schnittwunden des Halses, Verletzungen bei chirurgischen Operationen etc. in Betracht. Druck auf den Nerven wird verursacht durch Lymphdrüsenschwellungen, Tumoren, Aneurysmen, Herz- und Pleuraerkrankungen und Skoliose. Bei Strumen scheint die Grösse keine Rolle zu spielen: sehr grosse können ohne Störungen zu machen bestehen, kleine zum Tode führen. Nach D.'s Erfahrung ist die häufigste Ursache in Aneurysmen zu finden. Der rechte Recurrens kann wegen seiner Lage zur rechten Lungenspitze bei gewissen krankhaften Zuständen derselben gedrückt werden. Bisweilen scheinen mehr als der einfache mechanische Druck schwere entzündliche Processe eine Rolle zu spielen.

Unter den Lähmungen in Folge Vergiftung werden erwähnt solche durch: Blei, Arsen, Antimon, Kupfer, Jodkali und vielleicht Cyanid, ferner Alkohol, Opium, Belladonna, Canabis indica, Cocain. Unter den Infectionskrankheiten: Typhus, acuter Rheumatismus etc. Man muss sich fragen, ob wirklich gegenüber gewissen Droguen eine relative Affinität des Recurrens besteht. Bringt das Mittel

Veränderungen im Gewebe der Nerven selbst zu Stande? Handelt es sich um eine Neuritis in Folge Druck eines benachbarten Theiles? Oder beruhen die Wirkungen auf centralen Ursachen, die durch das Gift bedingt sind?

Clarence C. Rice: Symptomatologie der Kehlkopflähmungen.

Es werden die Erscheinungen bei Lähmung einzelner Muskeln, bei Abductorlähmung und bei totaler Recurrensparalyse besprochen. Ausführlich werden die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Lähmung und Unbeweglichkeit eines Stimmbandes in Folge Gelenkankylose erörtert.

William E. Casselberry: Diagnose und Behandlung.

Es werden die typischen Bilder der Lähmung und die Abweichungen, die davon vorkommen, besprochen. Gelegentlich findet sich eine gleichzeitige Schwellung des Aryknorpels, durch die eine Cricoarytaenoidankylose mit Immobilisirung des Stimmbandes vorgetäuscht wird. Unter 40 Fällen des Referenten war der linke Recurrens 8mal, der rechte 6mal in Folge Bestehens eines Aneurysmas gelähmt. In solchen Fällen soll Ueberanstrengung der Stimme vermieden und Jod gegeben werden. Unter jenen 40 fanden sich 4 Fälle von Pleuritis, in allen handelte es sich um Tuberculose und in allen war das rechte Stimmband gelähmt. Tumoren betrafen 8 Fälle. In sehr seltenen Fällen ist Trägheit des Stimmbandes das erste Anzeichen maligner Erkrankung. Bulbäre Abductorlähmung war in 8 Fällen vorhanden. Die blosse Thatsache der Symmetrie bei persistirender Abductorlähmung ist bezeichnend für eine Bulbärerkrankung. Die schlaffen Stimmlippen klappen auf und ab, gehen aber nicht auseinander. Bei dem einseitigen Typus und auch in dem Stadium des intermittirenden Stridors müssen wir die Möglichkeit eines überwiegenden Spasmus des M. posticus anerkennen. Referent hat eine symmetrische Ankylose ohne erhebliche Schwellung beschrieben als „Arthritis deformans der Larynx". In diesen Fällen sollen wir angesichts auch nur des entferntesten Verdachts auf Syphilis Hg und Jod in kräftigen Dosen geben. In vier Fällen des Referenten war schliesslich die Tracheotomie nothwendig. Die Gruppe der corticalen Fälle umfasst 6 Fälle. In keinem dieser Fälle war ein typisches Bild von Lähmung vorhanden. In einem war das Stimmband fast unbeweglich in Cadaverstellung, in zwei bestand unvollkommene beiderseitige Parese, welche auf der Seite, auf der Arm und Bein gelähmt waren, stärker war; die anderen Fälle dieser Gruppe betrafen Gehirndegeneration in vorgerücktem Lebensalter, hier bildete die Parese der Stimmbänder nur theilweise die Ursache für die Schwierigkeiten beim Sprechen.

E. Fletcher Ingals: Die Diagnose der Aneurysmen mittels der Röntgenstrahlen macht ihm gewisse Schwierigkeiten. Man findet stets auf den Platten eine verdunkelte Zone gerade links vom Oesophagus, die wahrscheinlich auf die grossen Arterien zurückzuführen ist. In zwei Fällen hat er einen kleinen Tumor gerade auf der linken Seite deutlich gesehen. In dem einen Fall ergab jedoch die Autopsie kein Aneurysma.

G. Hudson Makuen (Philadelphia) verhält sich den Lähmungen aus corticaler Ursache gegenüber skeptisch; er erinnert sich keines authentischen Falles

derart. Unter über 2000 Patienten mit Sprachstörungen war nur eine Lähmung bulbären Ursprungs, und war dies ein Fall von einseitiger Abductorlähmung.

B. Alexander Randall beobachtet einen Mann mit completer Stimmbandlähmung in Folge eines Hirnrindentumors; der Tumor wurde mit Erfolg operativ entfernt, jedoch ist die Bewegung des Stimmbandes bisher nur wenig wiederhergestellt.

H. L. Swain hat drei Fälle mit inspiratorischer Dyspnoe in Folge Abductorlähmung gesehen, in allen jedoch wurde eine locale Erkrankung gefunden.

J. O. Roe berichtet über einen Fall von Kehlkopflähmung in Folge spindelförmiger Erweiterung des Aortenbogens. Er hat eine Anzahl von linksseitigen Lähmungen in Folge tuberculöser Lungenspitzenaffection gesehen.

C. P. Grayson hat einen Fall von doppelseitiger Abductorlähmung, den er, da andere Ursachen nicht auffindbar sind, zurückführt auf eine toxische Neuritis vielleicht in Folge früher überstandener Peritonsillitiden.

C. F. Theisen berichtet über einen Fall, in dem in Folge Druckes von Drüsenmassen auf den Vagus plötzlich Tod eintrat; es war die Diagnose auf Aneurysma gestellt worden.

Gleitsmann: Was die corticalen Lähmungen betrifft, so möchte er sagen, dass doppelseitige Adductorlähmung bei Hysterie etc. einen corticalen Typus darstellen. Heilung der Kehlkopflähmungen sei sehr selten, eine solche nach doppelseitiger Recurrenslähmung sei nur einmal berichtet. In diesem Fall sei die Lähmung verursacht gewesen durch grosse pericardiale Exsudate.

W. E. Casselberry legt den Röntgenstrahlen eine grosse Bedeutung als diagnostischem Hülfsmittel bei Erkennung der Aneurysmen bei. Intubation bei doppelseitiger Abductorlähmung hält er für gefährlich; der Patient kann, wenn die Tube ausgehustet wird, sterben, bevor sie wieder eingeführt ist. Wenn Heilungen berichtet werden, so betreffen sie immer nur Fälle von Ankylose.

John O. Roe: Methode zur Eröffnung der Highmorshöhle mit Demonstration eines neuen Instruments.

Was für eine Methode man auch wählen mag, der Erfolg hängt davon ab, dass eine breite Oeffnung gemacht wird, die Zugang zu allen Teilen der Höhle und freien Abfluss des Secrets sichert. Er operirt folgendermaassen: Nach Abtragung des unteren Theils der unteren Muschel wird eine Incision durch das Periost bis auf den Knochen von hinten nach vorn in ganzer Länge des Antrums gemacht, darauf wird vorn ein senkrechter Schnitt bis auf den Nasenboden gemacht. Es wird dann der Schleimhautperiostlappen abgelöst. Dann wird vorn in der nasalen Wand, möglichst dicht über dem Nasenboden, eine Oeffnung gemacht, die mit irgend welchen Instrumenten erweitert wird. Der Lappen wird dann über den Rest der Antrumwand hinübergelegt und dort durch Gazetamponade festgehalten. Redner demonstrirt ein neues Modell eines Antrumperforators.

Harmon Smith zeigt das Instrument, mit dem er von der Fossa canina aus operirt. Er hält die Erhaltung der Schleimhaut nicht für rathsam, da wir sie oft beim ersten Verbandwechsel völlig wieder ablösen.

W. E. Casselberry hält für das beste Instrument ein solches, das nach Einführung in das Antrum nach vorn zu schneidet.

J. Price Brown meint, das von Roe demonstrirte Instrument wäre gut für chronische Fälle, wenn aber die Communication zwischen Antrum und Nasenhöhle bei jungen Patienten hergestellt würde, so bestände eine gewisse Gefahr der Atrophie. Bei letzterer Klasse von Patienten sei der Weg von der Fossa canina aus vorzuziehen.

Emil Mayer ist im Allgemeinen ein warmer Anhänger des intranasalen Weges und perhorrescirt die Methode der buccalen Operation, bei der die Mundhöhle des Patienten mit Eiter überschwemmt werde. Er ist sehr befriedigt von der Anwendung des von Miles angegebenen Meissels und eines neuerlich von seinem Assistenten Yankauer angegebenen Instrumentes, das der von Casselberry aufgestellten Forderung entspricht.

J. H. Bryan hält die intranasale Methode für viele Fälle für unangebracht, da wir durch die so geschaffene Oeffnung nicht die ganze Höhlenschleimhaut curettiren können.

T. P. Berens: Wir müssen unterscheiden, ob das Antrum nur als Eiterreservoir dient oder Sitz der Erkrankung ist. Dieser Punkt sei vom Referenten nicht genug hervorgehoben worden.

Gleitsmann stimmt mit Bryan überein; es thäte uns eine gründlichere Kenntniss der Aetiologie und Diagnose dieser Erkrankungen noth.

L. A. Coffin macht erst eine radicale Stirnhöhlen- oder Siebbeinoperation und behandelt sekundär das Antrum, indem er von der Fossa canina operirt.

E. F. Ingals wendet sich gegen den übermässigen Operationseifer mancher Aerzte. Er meint, dass 80 pCt. aller Fälle von Antrumerkrankung und noch ein grösserer Procentsatz aller Stirnhöhlenfälle durch einen verhältnissmässig geringfügigen Eingriff von der Nase aus geheilt werden könnten. Man solle stets erst mit einem solchen auszukommen suchen und sich die Radicaloperation in Reserve behalten.

J. H. Bryan erwidert, dass es unmöglich sei, eine chronische Antrumeiterung ohne Radicaloperation zu heilen, da es ohne solche nicht gelingt, die Recessus zu inspiciren.

W. L. Ballenger (Chicago) meint, dass ein grosser Theil der Entzündungen, auch der chronischen der Zellen, die vorn im Infundibulum münden, ohne Radicaloperation geheilt werden könne. Wenn freier Abfluss und Ventilation der Höhle geschaffen sei, so trete Heilung selbst bei Granulationen und bei Mitergriffensein des Knochens ein. Bei 200 Fällen hat er nur in ca. 3 pCt. Radicaloperationen für nöthig befunden.

T. P. Berens: Ungefähr 80 pCt. aller Fälle heilen ohne Radicaloperation; der intranasalen Methode ist nur entgegenzuhalten, dass wir oft nicht sehen, was wir thun.

John O. Roe: Man soll sich gewöhnen, zuerst eine kleine Oeffnung in der nasalen Wand zu machen und mit einer Sonde zu fühlen, ob die Höhle mit gesunder Schleimhaut bekleidet oder von Granulationen ausgefüllt ist. Man soll nicht die Schleimhaut auskratzen, sondern ihr Zeit zur Heilung lassen.

T. Melville Hardie: Kehlkopfabscess nach Pneumonie.

Der Fall ist interessant wegen der ungewöhnlichen Aetiologie. Im oberen Theil des Larynx fand sich ausgedehntes Oedem; Nekrose war nicht nachweisbar.

R. L. Wagner hat in einem Falle von Pneumonie Schwellung in der Nase gesehen; beide Seiten des Septums boten das Bild des Erysipels.

Emil Mayer: Weitere Geschichte eines im Jahre 1906 berichteten Falles von Kehlkopfsclerom.

Es war ein Recidiv eingetreten; es wurde die Tracheotomie gemacht und die Geschwulst der Einwirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt. Eine sechswöchige derartige Behandlung hatte ein sehr gutes Resultat und Pat. verliess das Hospital geheilt. Die Heilung hat ein Jahr angehalten; es findet sich keine Spur von Recidiv.

Thomas J. Harris: 1. Subglottische Neubildung mit ungewöhnlichen Complicationen; Heilung durch Tracheotomie.

Der Fall betraf einen 11jährigen Knaben; die Neubildung war ein Papillom.

2. Branchiocephalcyste des Nasenrachens.

Charles P. Grayson: Einige chirurgische Vorkommnisse bei Lungentuberculose.

Redner tritt warm dafür ein, dass der Hausarzt sich möglichst frühzeitig mit dem Specialisten in Verbindung setzt, um für die im Laufe der Lungentuberculose auftretenden Kehlkopfaffectionen Sorge zu tragen.

Price-Brown betont den Werth der Ruhestellung.

Gleitsmann macht auf die Gefahren des Tuberculingebrauchs aufmerksam.

J. Payson-Clark: Weitere Betrachtung über Papillom bei Kindern.

Wenn wir einen neuen Fall zur Behandlung bekommen, sollen wir ihn ein paar Wochen beobachten und wenn wir sehen, dass kein Wachsthum eintritt, die Entfernung der Tumoren ohne Tracheotomie unter directer Inspection versuchen. Diese Neubildungen reagiren auf keine Behandlung, bis die Periode ihres activen Wachsthums vorüber ist; wie lange diese Periode anhalten wird, dafür haben wir keinen Anhalt. Bei allen unseren Eingriffen müssen wir uns hüten, die Schleimhaut zu verletzen, da dieses Trauma zur Entstehung neuer Geschwülste Anlass geben kann. Die Tracheotomie hat — abgesehen von der Gefahr der Bronchopneumonie — einen ungünstigen Einfluss auf das Wachsthum der Papillome.

A. Coolidge jr. theilt die Fälle in solche bei ganz kleinen Kindern und bei Kindern, die alt genug sind, dass man Instrumente zur Inspection und Behandlung einführen kann. Ist die Tube einmal eingeführt, so soll sie so lange am Platz bleiben, bis jede Spur von Geschwulst verschwunden ist. Häufige Laryngofissuren sind zu verwerfen.

D. B. Delavan macht auf die von Rodgus (New York) angegebenen Tuben aufmerksam.

Emil Mayer fragt, ob jemand Erfahrungen mit der localen Application von Alkohol hat.





H. L. Swain hat nach der Anwendung von Alkohol Erfolg gesehen.

E. F. Ingals hat weder bei Alkohol, noch Jod, noch Carbolsäure Erfolg gesehen; er räth dringend, in allen Fällen, wo Anzeichen von Dyspnoe bestehen, die Tracheotomie zu machen, bevor irgend welche Versuche zur Entfernung der Geschwülste gemacht werden.

F. E. Hopkins (Springfield) hat Papillome verschwinden sehen infolge des durch eine Intubationstube ausgeübten Drucks mit nachfolgender Ulceration eines Stimmbandes. Eine Hartgummitube kann vielleicht bessere Resultate haben.

J. P. Clark sagt, in keinem seiner Fälle sei die Dyspnoe so stark gewesen, dass die Tracheotomie nothwendig gewesen wäre.

Wesley Miles (Montreal): Die wesentlichen Punkte bei der Stimmbildung.

Redner giebt eine Anzahl von Regeln für den Redner und Sänger und bespricht die hauptsächlichsten Fehler, die beim Sprechen im täglichen Leben, sowie beim Vortrag uud Singen gemacht werden. Alle fehlerhaften Methoden führen zu einer venösen Stauung mit nachfolgender Schädigung der Stimmorgane.

G. Hudson Makuen: Die wesentlichen Punkte bei der Stimmbildung.

Redner bespricht den centralen und peripheren Mechanismus der Stimmbildung. Bei der Reception spielt neben dem Gehör auch der Gesichtssinn eine wichtige Rolle. Das hauptmotorische Centrum ist das Broca'sche; nach den modernen Theorien jedoch spielt es mehr eine censorische als motorische Rolle. Das motorische Centrum für das gesprochene Wort liegt in der Medulla. Die wesentlichen Bedingungen für normales Sprechen sind: normale Structur der Organe, Fehlen pathologischer Hindernisse, ferner vollkommene Coordination jedes Mechanismus für sich und vollkommene Coordination der Mechanismen unter sich.

Ueber die beiden Referate erhebt sich eine sehr ausgedehnte Discussion:

T. H. Halstead lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Veränderung der Stimme bei Sängern nach Entfernung grosser Tonsillen.

Emil Mayer fragt, wie früh der Unterricht in der Stimmbildung beginnen kann.

E. F. Ingals spricht die Hoffnung aus, dass jede Universität einen Lehrer für Stimmbildung halten wird.

J. W. Farlow sagt, eine Schwierigkeit beim Unterricht im Stimmgebrauch bestehe darin, dass die Patienten den Klang ihrer Stimme nicht so hören, wie er anderen erscheine. Es werde dies gut durch die Anwendung des Phonographen illustrirt. Er legt grossen Werth auf das sorgfältige Ueberwachen des Stimmgebrauchs bei Kindern.

John M. Ingersoll: Morphologie der Muscheln.

Redner giebt eine Beschreibung der Morphologie der Muscheln bei Fischen, Reptilien, Panthern, Affen und Menschen; er demonstrirt dazu ausgezeichnete Zeichnungen.



Bryson Delavan macht darauf aufmerksam, dass wir bei Septumoperationen oft an einen etwas ovalen Raum kommen, der wohl Ueberreste des Jakobson'schen Organs resp. seines Ausführungsganges darstellen könnte.

W. E. Casselberry hat diesen Befund niemals gemacht.

Walter F. Chappell: Eine seltene hypertrophische Form der Syphilis des Rachens und der Epiglottis.

Beide Gaumenbögen waren stark hyperplasirt. Sehr hypertrophisches Gewebe nahm die Stelle der Tonsillen ein, die Uvula war stark verdickt und das hypertrophische Gewebe füllte fast den ganzen Rachen aus. Besserung nach specifischer Behandlung.

D. Braden Kyle: Membranöse tertiär-syphilitische Veränderungen im Pharynx, Tonsillen, Mundhöhle und weichen Gaumen.

Bericht über drei Fälle. K. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber der Vincent'schen Angina und die Bedeutung der Diagnose ex juvantibus.

Henry L. Swain: Epiglottiscysten mit Oedem und Abscess.

Diese Fälle sind ihrem Ursprung nach dunkel. S. berichtet über drei Fälle mit „idiopathischem entzündlichen Oedem".

Emil Mayer erwähnt einen Fall von Epiglottitis, die Athemnoth verursachte und fast die Tracheotomie nöthig gemacht hätte; sie ging schliesslich unter heissen Inhalationen und Adrenalinapplicationen zurück.

Nachträglich konnte festgestellt werden, dass fast die Hälfte der Epiglottis fehlte. Es handelte sich um eine acute Entzündung in dem nach syphilitischer Zerstörung übrig gebliebenen Rest der Epiglottis.

E. Fletcher Ingals hat kürzlich eine Cyste der Epiglottis durch Aspiration und Injection von Jod und Carbolsäure geheilt.

J. M. Ingersoll behandelte zwei Epiglottiscysten durch einfaches Abkappen der Spitze; es trat kein Recidiv ein.

William K. Simpson: Kehlkopfstenose beim Erwachsenen, erfolgreich mit Intubation behandelt; Tragen der Tube zwei Jahre hindurch.

Joseph L. Goodale: Die Behandlung inoperabler Tonsillarhypertrophie mittels interstitieller Injectionen von Silbernitrat.

Die Injectionen werden mit 4—8proc. Lösung alle 5—8 Tage gemacht und haben guten Erfolg.

James E. Newcomb: Blutung nach Peritonsillitis; Ligatur der A. carotis communis; Heilung; Studie über 51 Fälle von Blutung nach Halseiterungen.

Von den 51. Fällen, die N. zusammengetragen hat, betrafen 41 Peritonsillitiden, und zwar erfolgte die Blutung 11mal sofort nach spontanem Durchbruch — von diesen gingen 7 tödtlich aus —; 15mal war die Blutung nach spontanem Durchbruch eine secundäre — von diesen waren 8 tödtlich; unmittelbare Blutung





nach Incision 7mal, davon 4 mit fatalem Ausgang; secundäre Blutung nach Incision 8mal, davon 4 tödtlich. Nach 5 Fällen von Retropharyngealabscess traten Blutungen auf, von denen 2 tödtlich verliefen. 3 Fälle erfolgten bei Scharlacheiterung und 2 bei gangränöser Tonsillitis. Die beiden letzteren verliefen tödtlich. In Summa: 51 Blutungen mit 54,8 pCt. tödtlichem Ausgang. Die angewandten Operationen waren: Unterbindung der Carotis communis 16mal mit 11 Heilungen, Unterbindung der Carotis externa und interna 1mal mit Heilung, Unterbindung aller drei Gefässe 1mal mit Heilung.

In den Fällen von Peritonsillitis mag die plötzliche Druckverminderung, wenn die Ruptur des Abscesses an der Arterienwand eintritt, zum Zerreissen der letzteren führen. Die Autopsie zeigte bei diesen Fällen, dass oft die Carotis interna betroffen ist; Unterbindung der Carotis externa genügt daher nicht.

W. E. Casselberry meint, man solle die Gefahren einer Unterbindung der Carotis communis nicht unterschätzen. Man erhalte eine Lähmung der entgegengesetzen Seite.

W. L. Ballenger: Wenn man Verletzungen der Musculatur der Gaumenbögen und der Tonsillargrube vermeidet, so treten keine schweren Blutungen auf. Bei Oeffnung des Peritonsillarabscesses muss man den vorderen Gaumenbogen abheben.

J. O. Roe findet die Anwendung gebogener Scheeren besser, als die von Messern.

Der nächste Congress findet in Boston statt. Zum Präsidenten wurde gewählt A. Coolidge (Boston), zum ersten Vicepräsidenten Emil Mayer (New York).

Emil Mayer.

---

## b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Januar 1909.

Halle zeigt einen 53jährigen Patienten mit Larynxcarcinom, das erst vor 4 Wochen Heiserkeit verursacht hat und einen höckerigen Tumor der linken Seite darstellt. Diese ist unbeweglich, Aryknorpel, aryepiglottische Falte, Lig. glossoepiglott. infiltrirt, Taschenband ödematös, Stimmband geschwollen.

Peyser und Landsberger: Indicationen sowie neuere Methoden und Ergebnisse der kieferorthopädischen Behandlung bei Mundathmung.

Gar nicht so selten sind Kinder nach der Adenotomie nicht im Stande, durch die Nase zu athmen, selbst wenn alle anderen erforderlichen Maassregeln durchgeführt werden. Das hat dann seinen Grund in einer Leptorhinie, die durch kieferorthopädische Behandlung beseitigt werden muss. Diese ist in 6 Fällen von L. mit vollem Erfolge durchgeführt worden; es bestanden vor der Behandlung Mundathmung, Luftröhrenkatarrh, häufiger Schnupfen und Kopfschmerzen, selbst nachdem die Adenotomie resp. Fensterresection, Spinaabtragung vorgenommen und Schnarchbinde, Arsen, Eisen u. s. w. angewandt worden war. Recidive von Rachenmandeln traten nach der Behandlung nicht auf. Der vorher schmale und

spitze Gaumen wurde verbreitert und abgeflacht. Diese Therapie kann bei Kindern von 6 Jahren und darunter beginnen und ist noch bei 17jährigen mit Erfolg durchgeführt worden.

Die Methoden der Kieferdehnung beruhen entweder auf der elastisch wirkenden Kraft der Feder oder auf einer Schraubenwirkung; jene wirkt continuirlich, aber die Kraft erschlafft bald, diese wirkt intensiver, aber nicht continuirlich. L. hat nun einen Apparat construirt, bei dem beide Principien vereinigt sind und der direct auf die Seitenwände des Gaumens drückt und eine unmittelbare Wirkung auf das ganze Gaumengewölbe ausübt. Seine erste Wirkung ist schon nach 6 Wochen sichtbar, indem die mittleren Schneidezähne auseinandergehen. Durch Dehnung wird ein Breitenwachsthum des Kiefers von der Gaumennaht aus erzielt, wovon die Weitung des Nasenbodens die Folge ist.

Sitzung vom 19. Februar 1909.

Finder zeigt einen ungewöhnlichen Fall von Pachydermia laryngis, bei dem die Stimmbänder und zum Theil die hypoglottische Schleimhaut mit weissen abschilfernden Belägen versehen waren, die ziemlich fest aufsassen und aus verdickten, oberflächlich verhornten Epithelmassen bestanden.

Landgraf hat einen ähnlichen Fall gesehen, der mit Leukoplakie der Zunge und Verdickung der Mundschleimhaut complicirt war.

Davidsohn demonstrirt einen Fall von ausgedehntem Schleimhautlupus. Ursprünglich war nur der Rachen befallen; unter Röntgenbehandlung heilte die Affection. Jetzt zeigt sich eine Ulceration neben der Uvula, die Epiglottis, die Plicae pharyngoepiglott. und aryepiglott., Taschen- und Stimmbänder, wie Aryknorpel und die Basis linguae sind ebenfalls von dem Process ergriffen.

Kuttner zeigt einen Fall von linksseitiger Recurrenslähmung mit den typischen Erscheinungen. Das rechte Stimmband aber zeigt eine ganz geringe Abductionsbeschränkung, sein M. lateralis und transversus arbeiten vielleicht etwas träger; der internus ist aber schwer geschädigt, der freie Rand des rechten Stimmbandes ist dünn und ausgeschweift. Es war also bei einer rechtsseitigen Recurrenslähmung der Internus vollkommen gelähmt bei nur minimaler Beeinträchtigung der Abductorfunction.

Grabower kann keine Verringerung der abductorischen Bewegung im Vergleich zu der des Posticus finden.

Barth hält die Bewegungen des rechten Stimmbandes für ausreichend.

Bruck demonstirt einen Fall von Pharyngomykosis leptothricia, bei dem die Zapfen sich bis auf den Kehlkopfeingang herunter erstrecken. Die Mutter und eine Schwester der Patientin litten resp. leiden an derselben Krankheit.

Landgraf hat zwei Schwestern an Pharyngomykosis behandelt; es scheint demnach eine familiäre Disposition vorzuliegen.

Heymann hat drei Schwestern mit dieser Affection gesehen; die Therapie ist meist erfolglos.

B. Fränkel: Das gehäufte Vorkommen in einer Familie könnte dafür sprechen, dass ein Mikroorganismus eine ätiologische Rolle spielt.

Reichert hat in einem Falle Erfolg von Pinselungen mit Chlorzinklösungen abwechselnd mit Höllensteinlösungen gesehen.

Finder erzielte einige Male Heilung durch Abtragung der Tonsille resp. Morcellement.

Rosenberg steht quoad therapiam auf einem nihilistischen Standpunkte, dagegen kommen Spontanheilungen nicht so selten vor. Einmal hat er die Erkrankung mit der Gravidität auftreten und mit ihrer Beendigung schwinden sehen.

Heymann sah auch Spontanheilungen.

Loewenberg empfiehlt das Tabakrauchen.

Sturmann berichtet über einen Fall von Larynxtuberculose mit schwerer Dysphagie, der unter Alkoholinjectionen in den N. laryng. sup. schwand. Der ganze Kehlkopfeingang, der tuberculös infiltrirt ist, ist nach drei Injectionen (24. XI., 12. XII. und 19. I.) drei Monate lang unempfindlich geblieben.

Kuttner hat Novocain-Adrenalininjectionen in den Nerven mit nur schnell vorübergehendem Erfolge gemacht, der noch bei Anwendung stärkerer Lösungen beeinträchtigt wird dadurch, dass die Patienten sich verschlucken.

Sturmann: Die Alkoholeinspritzungen sind ungiftig und wirken auf längere Zeit als Cocaininjectionen. A. Rosenberg.

---

## III. Briefkasten.

### XVI. Internationaler Medicinischer Congress.

Budapest, 29. August bis 4. September 1909.

Vorläufiges Programm der Section XV: Rhinologie und Laryngologie.

Bureau:

Präsident: E. v. Navratil, IV, Váczi-utcza, 40, Budapest.
Vicepräsidenten: E. Baumgarten, A. v. Irsai, A. Onodi.
Hauptsecretär: Z. Donogány, VIII, József-körút, 37/39, Budapest.
Mitglieder: B. v. Gámán (Kolozsvár), Ch. Morelli, J. Némai, L. Polyák, H. Zwillinger.
Secretäre: H. Halász (Miskolcz), M. Klár, C. Láng, Z. v. Lénárt, A. Lipscher, D. v. Navratil, E. Pollacsek, E. v. Tovölgyi.

Berichte:

Barlatier (Romance): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Baurowitz (Krakau): Zur Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms.
Boumann (Amsterdam) und Zwaardemaker (Utrecht): Experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkt.
Bresgen (Wiesbaden): Heufieber, nervöses Asthma und Verschwellung der Nasenschleimhaut.
Broeckaert (Gand): Etat actuel de la question des paralysies récurrentielles (Paralysies d'origine cérébrale et bulbaire).
Castex (Paris): Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx.
Chiari (Wien): Die Therapie des Carcinoma laryngis.
Citelli (Catania): Vegetazioni adenoidi.
Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.



Grossmann (Wien): Ueber das nasale Asthma.
Hajek (Wien): Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.
Katzenstein (Berlin): Ueber Phonationscentren.
Killian und von Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden.
Kubo (Fukuoka): Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Massei (Napoli): La sifilide ed i tumori maligni della gola.
Moure (Bordeaux): Traitement opératoire des tumeurs malignes des fosses nasales.
Onodi (Budapest): Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.
Sargnon (Lyon): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Schmiegelow (Kopenhagen): Primary malignant disease of the trachea treated by resection of the trachea.
v. Schrötter (Wien): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.
Semon (London): A contribution towards the diagnosis of laryngeol cancer.
Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.
Zwaardemaker (Utrecht), vide Boumann (Amsterdam).

Mittheilungen:

Baumgarten (Budapest): Ueber die Frühformen der Ozaena. — Biehl (Wien): Rhinogene Meningitis. — Bleyer (New York): Deep seated diseases of laryngeal and bronchial nature treated by means of sprays and injections with oily preparations. The method of procedure its simple apparatus and medicaments. — Botey (Barcelone): 1° Les injections de paraffine dans l'ozène. Sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection? 2° Opération radicale du sinus frontal. — Bourack (Charkoff): 1° Les complications après adéno-et tonsillotomies; 2° Contribution à l'étude des réflexes nasaux; 3° Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine. Considérations théoriques et pratiques: 130 cas de correction d'ensellures du nez; 4° Polype adénoïdien de tonsille palatine. — Bresgen (Wiesbaden): Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppel-Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Theil auch als vollwerthiger Ersatz des elektrischen Brenners. — Clerc (Milan): Sulle varietà istopatologiche dei tumori benigni laringei. — Costiniu (Bucarest): 1° Diagnotic de la syphilis tertiaire du nez; 2° Lupus primitif du pharynx et du larynx. — David (Paris): Sur les divers traitements des rhinopharyngites chroniques. — Della-Vedova (Milan): 1° Contributi alla patologia delle stenosi croniche laringee; 2° Osservazioni sullo sviluppo delle cavità nasali nell'uomo. — Escat (Toulouse): 1° Indications de la voie naturelle ou de la voie transfaciale pour l'exstirpation des fibromes naso-pharyngiens; 2° Résultats du traitement des sinusites maxillaires chroniques par la simple trépanation large du méat inférieur sans curettage. — Fein (Wien): Die einfache Fensterresection bei Nasenscheidewandverbiegung. — Flatau (Berlin): Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie. — Freudenthal (New York): Brain abscess of nasal origin. — Goris (Bruxelles): Prosopodischisis. Méthode pour ouvrir tous les sinus de la face en une séance. — Guisez (Paris): Faits de trachéo-broncho-oesophagoscopie. Quinze corps étrangers bronchiques et trente oesophagiens opérés et guéris sans endoscopie. Rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'oesophage ramenés à un calibre normal par l'oesophagoscopie. — Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Taubstummen. — Hajek (Wien) und Polyák (Budapest): Präparat eines Falles von Myxom der Nasenhöhle und der Schädelbasis. — Halász (Miskolcz). Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen. — Henkes (Middelburg): Weitere Mittheilungen über die Entwickelung des Cavum naso-pharyngeum. — Heryng (Warschau): Vorschläge zur Verständigung in der Aufstellung einheitlicher Normen für Larynx- und Nasen-instrumente und elektrische Apparate. — Hudson-Makuen (Philadelphia):

Paresis of the soft palate and other organs of speech. — Ingals (Chicago): Intranasal drainage of the frontal sinus. — Irsai (Budapest): Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn. — Koenig (Paris): Nouveau spéculum permettant l'évaporation instantanée du chlorure d'éthyle. — Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms. — Ino-Kubo (Japan): Ueber die wahre Ursprungsstelle und die Radicaloperation der solitären Choanenpolypen. — Kuttner (Berlin): Thema vorbehalten. — Kyle (Philadelphia): The Chemistry of the Salivary Secretions (Ptyalose-Etiology) in relation to Diseases of the Nose and Throat. — Laurens (Paris): De la turbinotomie. Indications et résultats. — Luc (Paris): Complications craniennes et intracraniennes des suppurations du sinus frontal. — Mader (München): Die Technik der Röntgenbehandlung der oberen Luftwege. — Mahu (Paris): Cure radicale de la sinusité maxillaire chronique par la voie nasale. — Mayer (New York): Stenosis of the larynx cured by intubation. — Morelli (Budapest): 1° Fistula colli congenita bilateralis totalis; 2° Radicaloperation der malignen Tumoren der Nase. — Moure (Bordeaux): Sur quelques cas de lésions laryngées peu communes. — Neubauer (Budapest): Die Kehlkopfspiegelung bei Kindern. — Pollacsek (Budapest): Sujet réservé. — Polyák (Budapest): 1° Ueber Principien der intranasalen Chirurgie; 2° vide Hajek. — Raoult (Paris): 1° Des angines ulcéreuses aiguës; 2° Classification des infections amygdaliennes. — Réthi (Wien): Die Innervation des weichen Gaumens. — Schiffers (Liège): Les tumeurs de l'amygdale. — Sedziak (Varsovie): 1. Die Frage der Radicalbehandlung der Larynxtuberculose in den letzten 50 Jahren; 2. Ueber Recurrenslähmungen. — Seifert (Würzburg): Die trophischen Kehlkopflähmungen. — Steiner (Budapest): Entwickelung der Lehre von der Ozaena. — Taptas (Constantinopel): De la narcose bromethylique dans les opérations des végétations adénoïdes. — Thost (Hamburg): Die mechanische Behandlung der Larynxstenosen. — Tóvölgyi (Budapest): 1. Die Therapie der Sängerkehlköpfe; 2. Ueber eine neue Operationsmethode bei spina und crista septi und Nasenmuschel-Hypertrophien. — Vohsen (Frankfurt a. M.): Thema vorbehalten. — Watson (Bristol): Models of Osteoplastic method of operation on the frontal sinus. — Zarniko (Hamburg): 1. Correctur von Septumanomalien; 2. Nachbehandlung der Nasenwunden. — Zwillinger (Budapest): Ueber Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung.

---

## Preliminary Programme of the 31st Annual Congress of the American Laryngological Association.

May 31st to June 2nd at Boston, Mass.

Monday, Mai 31st., 10 A. M. Opening of the Congress: President's Address: Papers and Discussions: Executive Session: Adjournments.

Luncheon by the Boston Fellows to the members and their ladies, at the Harvard Medical School.

3 P. M. — Discussion on the Surgery of the Oesophagus with papers by Dr. H. P. Mosher, Dr. C. Jackson and Dr. S. J. Mixter (by invitation) to be followed by general discussion.

In the evening a social entertainment will be provided by the President. Particulars will be announced later.

Tuesday June 1st., 10 A. M. — Executive Session: Papers and Discussion: Adjournment at 1 P. M.

Combined lunch by the Boston members of the Laryngological and Otological Associations, at the Medical School.

Tuesday afternoon will be devoted to a short Session if the requirements of the programme demand or will be devoted to social diversion.

7 P. M. — Annual Dinner of the Association at the University Club. 270 Beacon Street.

Wednesday, June 2nd., 10 A. M. — Closing Session: Joint meeting with the American Otological Association. The following subject will be discussed „Nasal

and Pharyngeal Conditions as factors in the Causation of Aural Disease". Papers will be read by representatives of both organizations. The Laryngological Association will be represented by Dr. C. G. Coakley and Dr. D. Braden Kyle. The scientific session will be followed by conclusion of executive business, election and installation of officers and adjournment.

The Council makes the following nominations:

For Honorary Fellows. (Tranferred from Corresponding Fellowship)

Prof. Dr. B. Fraenkel, Berlin, Germany.

Sir Felix Semon, London, England,

For Active Fellows,

Dr. Albert C. Getchell, Worcester, Mass., proposed by Drs. Goodale and Clark. Thesis, „Naso-Pharyngeal Fibromata".

Dr. Burt R. Shurly, Detroit, Mich., proposed by Drs. Barnhill and de Roaldes. Thesis, „An Investigation of Post-Operative Conditions, five to ten years after Intubation".

Dr. Greenfield Sluder, St. Louis, Mo., proposed by Drs. Leland and Delavan. Thesis, „The Anatomical and Clinical Relations of the Sphenopalatine (or Meckel's) Ganglion to the Nose and its Accessory Sinuses".

The official programme will be issued about May 15th.

James E. Newcomb, Secretary.

---

**Preliminary Programme of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society.**

Atlantic City, New Jersey. June 2d—5th 1909.

Oration — The Treatment of Laryngeal Cancer.
Prof. Ottokar Chiari, Vienna, Austria.

Papers.

1. Infection and Complications that may follow operations upon the Naso-Pharynx and accessory sinuses and how best to guard against them. Dr. Wm. L. Ballenger, Chicago, Ill.
2. The present status of adenoid and tonsil operation. Various methods, with complete exhibition of instruments used from the earliest to the present time. Dr. Geo. L. Richards, Fall River, Mass.
3. The pathology and treatment of recurrent Quinsy. Dr. Robert C. Myles New York, N. Y.
4. Experiment upon Guinea Pigs, Rabbits and Dogs, to ascertain the effect of nasal obstruction upon the respiratory tract as well as upon the general system. Dr. Willis S. Anderson, Detroit, Mich.
5. Lantern demonstration of horizontal sections of fifteen heads, reconstruction and drawings showing the relation of the optic nerve to the nasal sinuses. Dr. H. W. Loeb, St. Louis, Mo.
6. Incision for submucous resection. (Candidate's Thesis.) Dr. Sieney Yankauer, New York, N. Y.
7. The Physiology of the Nose and Sinuses, with special reference to the functions und importance of the turbinated bodies. Dr. Henry J. Hartz, Detroit. Mich.
8. Intra-nasal Frontal Sinuses Operation: the accessibility of the sinus and the prognosis of the operation. (Candidate's Thesis.) Dr. Thomas Chew Worthington, Baltimore, Md.
9. The lymphatics of the neck and their relation to diseases of the mouth, nose and throat. Illustrated. Dr. Geo. Fetterolf, Philadelphia, Pa.
10. Lipoma of the Larynx. Dr. Max A. Goldstein, St. Louis, Mo.
11. Thyroidectomy. Dr. George F. Cott, Buffalo, N. Y.

12. (a) Lanryngeal Paralysis as an early indication of systemic disease. Dr. George T. Ross, Montreal, Canada.
    (b) Nasal Myo-sarcoma in a child of two years. Dr. George T. Ross, Montreal, Canada.
13. Acute Infection of the Larynx, diagnosis and treatment. Dr. F. E. Hopkins, Springfield, Mass.
14. The early diagnosis of malignant disease of the Larynx — Pathologie — Prognosis and Treatment. Dr. W. F. Chappell, New York, N. Y.
15. Laryngostomy. Dr. Chevalier Jackson, Pittsburg, Pa.
16. Diagnosis of diseases of the internal ear with special reference to rarification of the labirinthine capsule. Illustrated. Dr. Norval H. Pierce, Chicago, Ill.
17. The phenomena of vestibular irritation in acute labirinthine disease, with special reference to the studies of Dr. Barany, of Vienna. Dr. P. D. Kerrison, New York, N. Y.
18. Local anaesthesia in the Mastoid Operation. Dr. Ewing W. Day, Pittsburg, Pa.
19. X-Ray examination of the Mastoid Region. (Candidate's Thesis.) Dr. Samuel Iglauer, Cincinnati, Ohio.
20. Intestinal auto-Intoxication as a factor in the causation of pathology condition of the Ear, Nose and Throat. Dr. J. A. Stucky, Lexington, Ky.
21. The abuse tobacco, alcohol, coffee and other stimulants and narcotics and their influence upon the ear and upper Air Passages. Dr. Henry O. Reik, Baltimore, Md.
22. The Physiology and hearing. Prof. E. W. Scripture, New York, N. T. (By invitation.)
23. The Report of a probable case of Sarcoma of the Sphenoid. Dr. Dunbar Roy, Atlanta, Ga.

---

## British Medical Association.

Seventy-Seventh Annual Meeting, Belfast.

July 27th, 28th, 29th, and 30th, 1909.

Section of Laryngology, Otology, and Rhinology.

President . . . St. Clair Thomson, M. D., F.R.C.P., London.
Vice-Presidents . Ernest Blechynden Waggett, M.B., London.
Henry Smurthwaite, M.D., Newcastle-on-Tyne.
J. A. Knowles Renshaw, M.D., Manchester.

Foreign and Colonial visitors well be cordially welcomed in the Section, and those who may desire to attend are requested to send in their names as soon as possible to the Honorary Secretaries, together with the titles of any papers they may wish to read.

The Section will meet en Wednesday, Thursday and Friday, July 28th, 28th and 30th, at 10 a. m., adjourning at 1 p.m. each day.

The following subjects have been selected for special discussion: —

Wednesday, July 28th.

Discussion: „The Treatment of Tinnitus Aurium.“ (1) Dr. Thomas Barr (Glas- (2) Mr. Richard Lake (London).

Thursday, July 29th.

Discussion: „Latent Infections of the Diphtheria Bacillus, including the Administrative Measures required for dealing with Contacts“ (in association with the Section of Industrial Diseases and Public Health).
(1) Dr. Robert M. Buchanan (Glasgow); (2) Dr. Duncan Forbes (Brighton); (3) Dr. Watson Williams (Bristol).

Friday, July 30th.

Discussion: „The Treatment of Cicatricial Stenoses of the Larynx and Trachea“.
(1) Dr. Lambert Lack (London); (2) Dr. Delsaux (Bruxelles);
(3) Dr. Bryson Delavan (New York).

It is proposed this year to arrange a special exhibition of Skiagraphy in relation to diseases of the upper air and food passages.

Harold Shuttleworth Barwell, M.B., F.R.C.S., 55, Wimpole Street, London.
John Stroddard Barr, M.B., 13, Woodside Place, Glasgow.
Henry Hanna, M.B., B.S.c. 57, University Road, Belfast.
} Hon. Secs.

In order to save time and correspondence, all communications relating to the exhibition of preparations, instruments &c, may be addressed to Dr. Henry Hanna, 57, University Road, Belfast, and all offers relating to papers and discussions to Mr. Harold Barwell, 55, Wimpole Street, London W., and marked „Section of Laryngology, Otology and Laryngology“.

---

## Vor-Einladung zur Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 31. Mai, findet in

Freiburg i. Breisgau

die XVI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen statt.

Der Vorstand des Vereins beehrt sich dazu ergebenst einzuladen. Das definitive Programm wird Anfangs Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 15. April beim Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Denker (Erlangen), Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden), Taunusstrasse 4, Schriftführer.

Bis jetzt haben Vorträge angekündigt:

Herr Avellis (Frankfurt a. M.):
Ein neues Verfahren zur Beseitigung der Schluckschmerzen bei schwerer Kehlkopftuberculose.

Herr Hinsberg (Breslau):
Zur chirurgischen Behandlung der Perichondritis am Ring- und Schildknorpel.

Herr Edmund Meyer (Berlin):
Thema vorbehalten.

Herr Killian (Freiburg i. Br.):
Thema vorbehalten.

Herr Schönemann (Bern):
Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie: a) der Ozaena, b) der Angina.

Herr Siebenmann (Basel):
Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose (mit mikroskopischen Demonstrationen).

Herr Rudolf Hoffmann (München):
Ueber Alkoholinjectionen des Nervus laryngeus superior.

Herr Winckler (Bremen):
Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterung.

Herr Katz (Kaiserslautern):
Sarkom der Nasenscheidewand (Demonstration).

Herr Brünings und Albrecht:
Ueber therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose nebst Bemerzungen über eine verbesserte Methode der Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes.

Herr Brünings:
a) Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie und der directen Kehlkopfoperationen (mit Demonstrationen);
b) Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre und des Bronchialbaumes, sowie deren klinische Verwerthung (mit Demonstrationen).

Herr Blumenfeld (Wiesbaden):
Kehlkopfbefund bei Paralysis agitans.

---

**Zur Frage der Zukunft der Laryngologie an den deutschen Hochschulen.**

Wir entnehmen den Tageszeitungen eine Nachricht, die nicht verfehlen wird bei allen, denen die Wahrung der Selbstständigkeit der Laryngologie am Herzen liegt, die lebhafteste Genugthuung hervorzurufen. Bei der Berathung des Etats des Kultusministeriums in der Budgetcommission des Preussischen Abgeordnetenhauses ist auch die Frage der Zusammenlegung von Otologie und Laryngologie zu einem Lehrfach zur Sprache gekommen. „Voraussichtlich — heisst es nun in dem Bericht — wird es in Berlin dabei bleiben, dass ein besonderer Professor für Ohren- und einer für Halskrankheiten angestellt wird, während bei kleineren Universitäten beide Fächer in eine Hand gelegt werden können.“

---

**Berichtigung.**

In dem April-Heft S. 182 muss es heissen anstatt van Eyken: von Eiken.

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

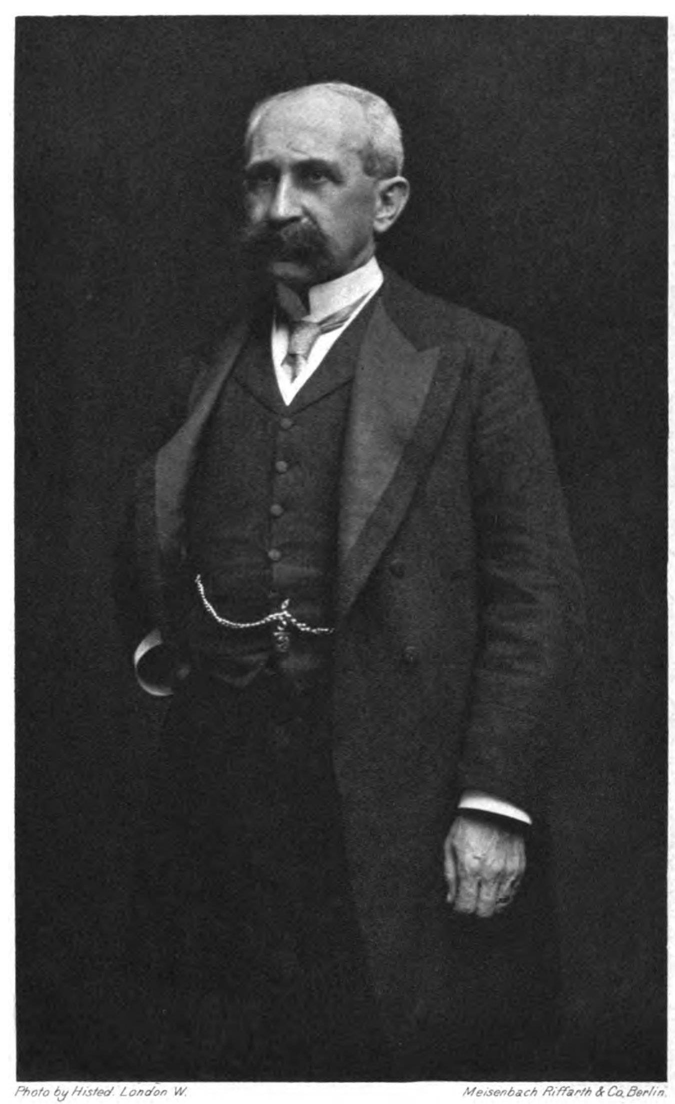


Photo by Histed. London W. Meisenbach Riffarth & Co. Berlin.

Felix Semon.

*Die Verlagsbuchhandlung* **August Hirschwald** *erlaubt sich für die Leser dieses vielverbreiteten Journals das Portrait des Begründers desselben, des*

*Herrn Professor*
*Dr.* **Sir Felix Semon**

*in dankbarer Erinnerung an seine so erspriessliche 25jährige Redactions-Thätigkeit diesem letzten von ihm redigirten Jahrgange beizufügen.*

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

**Jahrgang XXV. Berlin, Juni. 1909. No. 6.**

## Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Laryngologie.

### Ein Gedenkblatt zum 25jährigen Bestehen des Internationalen Centralblatts für Laryngologie und ein Abschiedswort des bisherigen Herausgebers.

Mit der gegenwärtigen Nummer beschliesst das „Internationale Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften" das erste Vierteljahrhundert seiner Existenz. Seine erste Nummer erschien am 1. Juli 1884, und obwohl am Ende des elften Jahrgangs der Beginn des zwölften Bandes aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Anfang des Kalenderjahres 1896 verschoben wurde, so dass der Jubiläumsband des Blattes erst mit der Decembernummer dieses Jahres endigt, so ändert das nichts an der Thatsache, dass am 30. dieses Monats das Centralblatt 25 Jahre lang bestanden haben wird.

Fünfundzwanzig Jahre sind eine lange Zeit im Leben eines Blattes und von erheblicher Bedeutung für die Entwickelung einer jungen Wissenschaft. So scheint es denn am heutigen Tage gerechtfertigt, einen Rückblick auf die wissenschaftliche und socialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909 zu werfen, die Bestrebungen des Centralblatts während dieser Zeit Revue passiren zu lassen, und die Fragen, die gegenwärtig im Vordergrunde unseres Interesses stehen, kurz zu erörtern. Diesem Zwecke, sowie einem Abschiedsworte des bisherigen Herausgebers sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

---





## I. Die wissenschaftliche Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 seine Thätigkeit begann, hatte unsere Specialität die Kinderschuhe ausgetreten. Die anfängliche Sturm- und Drangperiode, während deren — sehr natürlicherweise — diagnostische und therapeutische Bestrebungen ein ganz vorwiegend localistisches Gepräge getragen hatten, war überwunden, allerdings nicht ohne in der Meinung des ärztlichen Publikums vielfach Geringschätzung unserer Thätigkeit hinterlassen zu haben. Die Specialisten selbst hatten begonnen einzusehen, dass, wenn sie auf bessere Würdigung Anspruch erheben wollten, fast ausschliessliche klinische Arbeit und Localtherapie nicht ausreichten. So vertieften sie sich in anatomische, physiologische, bakteriologische Fragen, die unser Specialgebiet betreffen, erweiterten ihre chirurgische Thätigkeit und begannen besonders, die sogenannten „Grenzgebiete“ zu cultiviren, in denen sich die Laryngorhinologie mit anderen Zweigen der Medicin begegnet.

Diese wissenschaftliche Vertiefung, die durch die Einführung zahlreicher wichtiger Untersuchungs- und Operationsmethoden wesentlich gefördert wurde, kam naturgemäss nicht allen Kapiteln unseres Gebietes gleichmässig zu gute. Es ist im Gegentheil merkwürdig und belehrend, bei der Vergleichung eines vor 25 Jahren geschriebenen mit einem heutigen Lehrbuch zu sehen, wie einzelne Abschnitte unseres Wissens und Könnens sich von Grund aus verändert haben, während andere mehr oder minder stationär geblieben sind. — Wenn wir z. B. die Capitel über die acuten und chronischen Katarrhe des Rachens und Kehlkopfs, über die Affectionen der Tonsillen, über die Rachen- und Kehlkopfsyphilis, die Fremdkörper im Rachen und Kehlkopf, die gutartigen Kehlkopfneubildungen, die Perichondritis des Kehlkopf u. a. m. überblicken, so werden wir allerdings finden, dass in einzelnen Punkten Bereicherungen unseres Wissens eingetreten sind. So hat die Therapie der Fremdkörper und der gutartigen Neubildungen im Kehlkopf den grössten Nutzen von der Einführung der directen Untersuchungs- und Operationsmethoden gezogen, so scheint die Serodiagnose und die Entdeckung der Spirochaeta pallida bedeutendes für die Differentialdiagnose der Syphilis in zweifelhaften Fällen zu versprechen, so haben wir manches über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforten für Infectionen verschiedener Art kennen gelernt — im Ganzen aber weicht doch die Schilderung der betreffenden Krankheitsbilder in einem Lehrbuch neuestens Datums verhältnissmässig wenig von der eines vor 25 Jahren erschienenen ab.

Andererseits haben sich manche Capitel fast bis zur Unkenntlichkeit verändert. Man braucht nur an die Entwickelung unseres Wissens bezüglich der Tuberculose, der Diphtherie, der acuten septischen Entzündungen

der oberen Luftwege, der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven, der Therapie der bösartigen Kehlkopfneubildungen, die noch 1879 für ein Noli me tangere galten und deren Behandlung heute zu unseren stolzesten Errungenschaften zählt, zu erinnern, um erkennen zu lassen, welche Fortschritte hier in den letzten 25 Jahren gemacht worden sind. —

Von keinem Kapitel unseres Faches gilt dies in höherem Grade als von der gesammten modernen Rhinologie. Man vergleiche nur das gerade vor 25 Jahren erschienene Mackenzie'sche Lehrbuch der Nasenkrankheiten mit irgend einem heutzutage veröffentlichten. So unglaublich dies in den Augen jüngerer Specialisten erscheinen mag, findet sich in ersterem nicht allein kein den Krankheiten der Nebenhöhlen gewidmeter besonderer Abschnitt, sondern dieselben werden überhaupt nur ganz gelegentlich und im Vorübergehen bei Besprechung anderer Krankheiten erwähnt. Von dem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit ist nicht die Rede. Die Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand wird auf einer Seite abgethan, während den „Nasenpolypen" 27 Seiten gewidmet sind. Die nasalen Reflexneurosen kommen nur ganz beiläufig im Abschnitt über die Polypen der Nase zur Erwähnung. — Und doch durfte Ernst Burow in seiner im ersten Bande dieses Centralblatts erschienenen Besprechung dieses Werkes sein Urtheil mit Recht dahin zusammenfassen (Bd. I. S. 228), dass dasselbe „das beste bis jetzt erschienene Handbuch über diesen Gegenstand bildet, unser Wissen hierüber bis zum gegenwärtigen Moment vollständig repräsentirt, und dass kein Arzt, der sich für das in Rede stehende Gebiet interessirt, dasselbe wird entbehren können".

Das war im Jahre 1884. — Und heute? — Mit mitleidigem Lächeln muss der Student, der in einem sechswöchentlichen Kursus der Rhinolaryngologie seinen Lehrer submucöse Resectionen und Paraffinprothesen vornehmen gesehen hat; der sich zur Diagnose der verschiedenen Nebenhöhlenaffectionen nicht nur der directen Untersuchung und der Durchleuchtung, sondern auch der Probepunktion und der Skiagraphie bedient; der ohne Zagen ausgedehnte Radicaloperationen bei einer Pansinusitis empfehlen würde, auf den vollständig veralteten und überlebten Standpunkt des vor einem Vierteljahrhundert noch „repräsentativen" Lehrbuchs herabblicken. — Es darf in der That ohne Uebertreibung gesagt werden, dass sich hier im Laufe der letzten 25 Jahre eine ganz neue Wissenschaft entwickelt hat, auf deren Errungenschaften unsere Specialität mit Recht stolz sein darf.

Freilich hat sich diese Entwickelung nicht in ruhiger organischer Weise vollzogen. Die Geschichte der modernen Rhinologie gleicht vielmehr derjenigen einer neu entstandenen vulkanischen Insel. Unerwartet erheben sich in ihr mit starken Erschütterungen und vielem Getöse grössere

und kleinere Krater, die eine Zeit lang Feuer und Dampf ausspeien und allgemeine Aufmerksamkeit auf sich lenken. Dann aber stürzen dieselben ebenso plötzlich in sich ein, als sie entstanden waren, und erst nachdem dieses Schauspiel sich mehrere Male wiederholt hat und endlich Ruhe eingetreten ist, wagen sich bedächtige Ansiedler auf das gefährliche Gebiet und bebauen erfolgreich die reiche vulkanische Erde. Ist es nicht so mit der Entwickelung der modernen Rhinologie gegangen? — Man denke nur an die masslose Nasenbrennerei, an die unglaublichen Uebertreibungen der Lehre von den nasalen Reflexneurosen, und die ebenso unverständigen Uebertreibungen der Adenoidoperationen, an die maschinenmässigen Entfernungen der unteren Muscheln, wie sie eine Zeit lang in einzelnen Ländern Mode waren, an die zahllosen Operationen zur Entfernung von Hervorragungen uud Verbiegungen der Nasenscheidewand, die — bisweilen unter den sonderbarsten Indicationsstellungen — Jahre hindurch vielfach als höchstes Ziel rhinologischen Strebens galten. — Was ist aus allen diesen Dingen geworden? — Die gegenwärtige Generation gedenkt ihrer als Jugendsünden, deren man sich nicht gerade gern erinnert; die Geschichte der Medicin wird sie als ebenso seltsame und kaum verständliche Verirrungen verzeichnen, wie etwa den periodischen Aderlass oder das monatliche Purgiren, oder das Massencürettement der Cervix uteri, oder — um bei unserer eigenen Specialität zu bleiben — die sinnlose Amputation des Zäpfchens, wie sie vor 40 Jahren für alle möglichen Halskrankheiten geübt wurde. Möge die Erinnerung an diese Uebertreibungen dazu beitragen, unsere Specialität vor ähnlichen Ausschreitungen für die Zukunft zu bewahren! —

Sehr bedeutsam ist unsere Kenntniss von der Function und von den chirurgischer Behandlung zugänglichen Erkrankungen der Schilddrüse im Laufe der letzten 25 Jahre bereichert worden. An die aus dem laryngologischen Lager hervorgegangene Erkenntniss, dass der sporadische und endemische Kretinismus, das Myxödem und die Cachexia strumipriva nur verschiedene Phasen eines und desselben Zustandes seien, der auf den Verlust der Function der Schilddrüse zurückgeführt werden müsse, hat sich die Entwickelung der modernen Organotherapie angeschlossen. — Die vor 25 Jahren noch als sehr gefährlich betrachteten Kropfoperationen haben in Folge der Fortschritte der Technik das meiste von ihren Schrecknissen verloren, und die Basedow'sche Krankheit hat sich neuerdings als dankbares Objekt für chirurgisches Eingreifen erwiesen, während die früher allgemein angewandte Injection von Jodtinctur in parenchymatöse und von reizenden Eisenlösungen in cystische Kröpfe fast ganz verlassen ist.

Die Lehre von den Krankheiten der Speiseröhre ist durch die Ermöglichung directer Besichtigung des Rohres in seiner ganzen Länge ungemein

gefördert worden. — Einen wichtigen Fortschritt stellt auch die Radicaloperation mancher Formen von Oesophagusdivertikeln dar.

Fügen wir endlich noch hinzu, dass im Laufe der letzten 25 Jahre durch die Einführung der localen Anaesthetica, wie des Cocains, Eucains, Alypins etc., und durch die auf unserem Gebiete ganz besonders werthvolle Verwendung des Adrenalins zur Ausführung fast blutloser Operationen, durch die Verwerthung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der verschiedensten Erkrankungen des Kopfes, Halses und der Brust, durch die therapeutische Anwendung derselben Strahlen, des Finsen- und des Sonnenlichts bei lupösen und ähnlichen Leiden, und — vor allem — durch die geniale Erfindung der directen Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Luftröhre, die Bronchien und die Speiseröhre uns Erleichterungen von unschätzbarem Werthe für die Diagnose und Behandlung der in unser Gebiet einschlagenden Leiden bescheert worden sind, so dürfen wir mit Recht sagen, dass das seit der Gründung des internationalen Centralblatts verflossene Vierteljahrhundert eine Periode stetigen und erfreulichsten Fortschritts im Wissen und Können der Rhinolaryngologie darstellt.

---

## II. Die socialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Wenn in dieser Welt Alles nach Recht und Gebühr zuginge, so müsste die socialpolitische Entwickelung unserer Specialität mit ihrer wissenschaftlichen gleichen Schritt gehalten haben. Nicht nur die im Obigen in gedrängter Kürze aufgezählten Fortschritte, sondern auch die ernste wissenschaftliche Natur ihres Strebens, ihre erfolgreichen Bemühungen, sich der allgemeinen Medizin nützlich zu erweisen und die Sonderart ihrer Technik berechtigen sie durchaus zu dem Anspruch auf Anerkennung als eine selbstständige, anderen anerkannten Specialitäten völlig gleichberechtigte Sonderabtheilung der medicinischen Wissenschaft.

So wenig aber haben sich leider Theorie und Praxis in dieser Frage gedeckt, dass die socialpolitische Geschichte der Rinolaryngologie im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts statt des eigentlich selbstverständlichen bedeutenden ruhigen Fortschrittes, den man hätte erwarten dürfen, vielmehr eine sonderbar bewegte Odyssee darstellt, die freilich erhebende und sogar glorreiche Augenblicke enthält, wie die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, die Feier zum hundertjährigen Geburtstag Manuel Garcia's, die Türck-Czermakfeier in Verbindung mit dem Wiener internationalen Laryngologencongress, in der aber doch die trübseligen Abenteuer überwiegen, und deren Ende im gegenwärtigen Augenblick noch nicht abzusehen ist.

Das erste öffentliche Auftreten der Laryngologie im Rahmen eines

allgemeinen internationalen medicinischen Congresses — London 1881 — war ein so vielversprechendes gewesen, dass es derzeit nicht zu sanguin erschien, sich den besten Hoffnungen hinsichtlich einer Hebung des Ansehens und der Stellung der jungen Specialität innerhalb der Gesammtmedicin, an den Universitäten, den Hospitälern, im Unterricht und in den Prüfungen hinzugeben. Diese Hoffnungen sind jedoch im Laufe der letzten 25 Jahre nur sehr theilweise und mehr auf Grund localer und persönlicher Verhältnisse, als auf der Basis einer gerechten allgemeinen Würdigung der Leistungen unseres Faches in Erfüllung gegangen.

Schon der nächste internationale Congress — der mit der Gründung des Centralblatts fast zusammenfallende Kopenhagener im Jahre 1884 — brachte einen ganz unerwarteten Kampf um die Selbstständigkeit der Laryngologie. Sie ging zwar siegreich aus demselben hervor; das verhinderte aber nicht, dass seitdem mit nur zwei Ausnahmen — Berlin 1890 und Budapest 1909 — sich bei jedem dieser internationalen Congresse die Versuche erneuert haben, unsere Specialität entweder, gegen den Willen der Betroffenen, mit der Otologie zu einer Section zu verschmelzen, oder sie — sei es allein, sei es mit der Otologie vereint — in die Stellung einer Subsection hinabzudrücken. Die 25 Bände des Centralblatts bilden einen fortlaufenden Belag für diese traurige Angabe, bei der nur ein Lichtstrahl zu constatiren ist: das entschlossene Zusammenstehen und Ausharren der Laryngologen selbst gegenüber diesen demüthigenden Bestrebungen, eine Haltung, die ihre Wirkung nie verfehlt hat, sei es, dass wir wie in den weitaus meisten Fällen schliesslich siegten, sei es, dass wir uns von den Congressen, die sich unseren gerechten Forderungen eigensinnig widersetzten, gänzlich fernhielten.

Die Gründe der in dieser Haltung der Machthaber dokumentirten Abneigung gegen die Rhino-Laryngologie sind mannigfach und innerlich verschiedene gewesen.

Zunächst ist es wohl die geringe Gunst, die von den officiellen Vertretern der Gesammtmedicin dem Specialismus im Allgemeinen entgegengebracht wird, und die ihren Schlachtruf in der Warnung vor der „Zersplitterung der Wissenschaft“ findet, welche diese unfreundliche Haltung veranlasst hat.

Sodann hat der bedauerliche Mangel an Continuität, der die internationalen medicinischen Congresse von ihrer Einführung an bis auf den gegenwärtigen Augenblick charakterisirt hat, und dem hoffentlich endlich in diesem Jahre — wahrlich nicht zu früh — in Budapest der Garaus gemacht werden wird, dazu geführt, dass die derzeitigen kleinen Tyrannen, die die Macht in Händen hatten und durch keine Traditionen oder allgemeinen Grundregeln hinsichtlich der Organisation dieser Congresse gebunden

waren, aus ausschliesslich localen oder persönlichen Gründen mit schrankenloser Willkür alte Sectionen abschaffen, neue einführen, volle Sectionen in die Stellung von Subsectionen hinabdrücken, heterogene Specialitäten in eine und dieselbe Section oder Subsection verschmelzen konnten.

Was aber der Laryngologie in ihrer Stellung zur Gesammtmedicin weit mehr geschadet hat, als die genannten, rein äusserlichen Momente, ist ihr ebenso natürliches und nothwendiges, wie bis zu einem gewissen Punkte durchaus berechtigtes Bestreben gewesen, den Umfang ihrer Thätigkeit weiter auszudehnen.

Wir kommen hier zu der wichtigsten und complicirtesten Frage der Entwickelung der Laryngologie auf socialpolitischem nicht weniger als auf wissenschaftlichem Gebiete und müssen auf dieselbe des Näheren eingehen.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 begründet wurde, war die Gesammtzahl der Laryngologen in der ganzen Welt noch eine verhältnissmässig so geringe, dass die im Prospect des Unternehmens ausgedrückten Zweifel an der Lebensfähigkeit eines solchen Blattes (vergl. Bd. I. S. 4) durchaus berechtigt waren. Die therapeutische Thätigkeit der Rhinolaryngologen jener Tage beschränkte sich auf innere Medication, locale Application (Sprays, Inhalation, Pulvereinblasungeu, Pinselungen etc.) und Eingriffe, die fast ausschliesslich dem Gebiete der „kleinen“ Chirurgie angehörten. Die Entfernung von vergrösserten Tonsillen und adenoiden Vegetationen, Amputationen der Uvula, Anwendung des Galvanocauters in Hals und Nase, Entfernung von Nasen- und Kehlkopfpolypen, Dilatation von Kehlkopfstenosen, wenn es hoch kam: eine gelegentliche Tracheotomie — das waren die Dinge, auf welche sich die Operationskunst der Specialisten vor einem Vierteljahrhundert erstreckte.

Die enge Begrenzung unserer Thätigkeit zog die unverhohlene Geringschätzung seitens der allgemeinen Aerzte nach sich. Nur drei Jahre vor der Gründung des Centralblattes durfte einer der angesehensten Aerzte Englands und späterer Präsident des College of Physicians noch wagen, in einer Ansprache über Specialismus in der Medicin seinen Studenten öffentlich[1]) zu sagen: „Es giebt noch viele andere Punkte, über die ich gerne zu Ihnen gesprochen hätte, so über die Specialitäten, welche einen so engen Umfang haben, dass es ganz unmöglich für jemanden ist, der sich auf sie beschränkt, anders ein Einkommen aus ihnen zu machen, als dass er seine Patienten überredet, ihm unnöthige Visiten zu machen, wie z. B. zum Zweck täglicher Applicationen im Halse . . . . . . Aber was ich gesagt habe, wird hoffentlich genügen, Sie vor diesen Versuchen, diesen groben Missgriffen, die schlimmer sind als Verbrechen, zu bewahren.“

---

1) The Lancet, October 15, 1881. p. 655 et seq.



Hier sagte jemand öffentlich, was viele, wenn nicht die meisten, damals dachten. Dass diese Stimmung nicht auf ein einzelnes Land beschränkt war, dafür legen die aus berufenen specialistischen Federn stammenden Schilderungen über die Stellung der Laryngologie in den einzelnen Culturländern Zeugniss ab, mit denen das Centralblatt seine socialpolitische Thätigkeit eröffnete. Wie schwer es damals war, für die Laryngologen irgend welche Stellung im Rathe der Gesammtmedicin zu erringen, — davon kann sich die jüngere Generation der Specialisten kaum eine Vorstellung machen! —

Um die Mitte der achtziger Jahre begann unerwarteter Weise ein Umschwung in den Verhältnissen der Laryngologie. Waren es die äusseren Erfolge der laryngologischen Abtheilungen auf den Londoner und Kopenhagener internationalen Congressen und die sich an dieselben anschliessende, wenn auch zögernde und stückweise öffentliche Anerkennung der Berechtigung der Specialität, war es die allgemeine Aufmerksamkeit, welche die Arbeiten über die Physiologie und Pathologie der Kehlkopfinnervation, über die nasalen Reflexneurosen, über die Affectionen der Nebenhöhlen der Nase damals zu erregen begannen, war es die immer mehr zunehmende Ueberfüllung des ärztlichen Standes allerorten, war es ein Zusammenwirken aller dieser und möglicher Weise anderer Umstände — genug, es erfolgte plötzlich ein gewaltiger Zudrang zu den Reihen der bis dahin von angehenden Specialisten ziemlich vernachlässigten Rhinolaryngologie. Nicht nur in den Hauptstädten etablirte sich eine über das Bedürfniss weit hinausgehende Anzahl von Nasen- und Kehlkopfärzten: bald hatten die grösseren Provinzialstädte und selbst kleinere Mittelstädte eine grössere oder geringere Zahl von Specialisten in unserem Fache aufzuweisen. In erstaunlich kurzer Zeit war fast überall Ueberfüllung vorhanden, ein Verhältniss, das noch gegenwärtig allerorts zunimmt.

Das Ergebniss der aus dieser Ueberfüllung erwachsenden Concurrenz mochte für das Publicum in gewissem Sinne erspriesslich sein, für die Specialisten selbst war es jedenfalls wirthschaftlich unerfreulich. Wie bei jeder Concurrenz drückten auch hier die neuen Ankömmlinge die Preise herunter. Früher gut bezahlte Operationen wurden für viel geringere Honorare übernommen; Berufungen in die Provinz, die vordem zu den grossen Einnahmen der hauptstädtischen Specialisten gehört hatten, wurden in dem Maasse seltener, als sich in den Mittelstädten tüchtige Hals- und Nasenärzte niederliessen; selbst die Consultationshonorare der jüngeren Specialisten wurden leider nur zu häufig durch die Concurrenznoth auf ein dem speciellen Wissen nicht entsprechendes Maass hinabgedrückt.

Hierzu kam ein weiterer, für die wirtschaftliche Lage der Laryngologen äusserst wesentlicher Umstand. Die Specialisten selbst haben stets

auf eine bessere Ausbildung der practischen Aerzte im Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten gedrungen. Das war gewiss nur recht. Aber wir selbst haben theuer für die Verfechtung unserer wissenschaftlichen Ueberzeugung zu bezahlen gehabt: in dem Maasse, in dem sich das Wissen und Können der practischen Aerzte auf unserem Gebiete verbessert hat, ist eine Anzahl derjenigen kleineren Operationen, die früher sozusagen das tägliche Brod des Laryngologen ausmachten, in den Besitz des Hausarztes übergegangen! — Der ältere Specialist, der heute seine Journale aus dem Anfang der achtziger Jahre durchblättert, wird einen erstaunlichen Unterschied in der ganzen Natur seiner damaligen und seiner gegenwärtigen Praxis finden, eine Unterschied, der ebenso den in vielen Beziehungen revolutionären Fortschritt unseres Wissens, wie die wirthschaftliche Revolution illustrirt, die sich auf unserem Gebiete im Laufe der letzten 25 Jahre vollzogen hat.

Die unausbleibliche Folge von alledem war, dass sich die jüngeren Specialisten nach einer Erweiterung ihres Wirkungskreises umsehen mussten. Beschränkten sie sich auf Hals- und Nasenleiden, so konnten sie weder von den Erträgnissen ihrer Praxis leben, noch fanden sie, bei der immer mehr anschwellenden Zahl privater Polikliniken, Material für wissenschaftliche Thätigkeit. Mit bitterer Satire hiess es in dem zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft herausgegebenen Scherzblatt, dass „für die 200. Poliklinik ein Patient gesucht wird.“

Man musste offenbar das Arbeitsfeld zu vergrössern versuchen. Das Nächstliegende waren die Ohrenkrankheiten. Im Anfang der achtziger Jahre standen beide Specialitäten, wie hier nachdrücklich hervorgehoben werden muss, durchaus unter dem Zeichen der adenoiden Vegetationen. Die Methode der Untersuchung, die Diagnose und die Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraumes, so ziemlich des einzigen natürlichen wissenschaftlichen Bindegliedes zwischen Laryngologie und Otologie waren beiden Specialitäten gemeinsam, ausserdem begann gerade damals die hyperrhinologische Richtung, derzufolge beinahe alle Krankheiten sowohl des Ohres wie der tieferen Luftwege von Stenose der Nase selbst abhängen sollten, mit lautem Lärm ihr Haupt zu erheben. Was war natürlicher, als dass die jungen Mitglieder beider Specialitäten — denn die wirthschaftlichen Verhältnisse der Otologie lagen anscheinend ähnlich wie die der Laryngologie — die Betreibung derselben zu verschmelzen begannen, dass allmählich mehr und mehr Zeitschriften entstanden, die beiden Specialwissenschaften gewidmet waren, dass neue Specialgesellschaften, die seit 1885 in immer grösserer Anzahl gegründet wurden, sich der Pflege der Rhino-Laryngologie gemeinsam mit derjenigen der

Otologie befleissigten? — So bahnte sich, auf der Grundlage vorwiegend wirthschaftlicher, nicht zwingender wissenschaftlichen Nothwendigkeit mit bemerkenswerther Schnelligkeit die Verschmelzung der Rhinolaryngologie mit der Otologie in der Praxis der Mehrzahl der Specialisten beider Fächer an, welche für die socialpolitische Entwicklung unserer Specialität während des letzten Vierteljahrhunderts charakteristisch und bedeutsam gewesen ist, und welche in neuester Zeit die Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Specialwissenschaft bedroht.

Dass die vorstehende Schilderung allseitig als richtig, resp. vollständig anerkannt werden wird, ist nicht zu erwarten. Eine Anzahl der Anhänger der Verschmelzung beider Specialitäten ist nicht zufrieden mit der Erklärung, dass der Ursprung der Bewegung ganz vorwiegend wirthschaftlicher Natur gewesen sei, und behauptet, dass die Fusion auch wissenschaftlich geboten sei. Ein Beweis für diese Behauptung ist aber niemals erbracht worden und kann auch naturgemäss nicht erbracht werden, da die Erfahrung von vollen fünfzig Jahren über allen Zweifel hinaus gezeigt hat, dass ein so zwingender innerer Zusammenhang zwischen den beiden Specialitäten nicht besteht, dass die eine derselben ohne gleichzeitige Betreibung der anderen nicht ausgeübt werden kann.

Dass Berührungspunkte zwischen den beiden Specialitäten existiren, kann von keinem vernünftigen Menschen bestritten werden, und ist natürlich auch nie bestritten worden. So ist die Methode der Untersuchung von Ohr und Hals in vielen Beziehungen ähnlich und deckt sich bei den Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums; so controllirt das Ohr die Stimmbildung; so sind die adenoiden Vegetationen und einige andere Krankheiten des Nasenrachenraums ebenso wichtig für den Otologen wie für den Laryngologen. Damit hört aber die Wechselbeziehung auf, und wenn die Existenz solcher vereinzelter Berührungspunkte zum Ausgangspunkt der Forderung gemacht wird, dass auf Grund derselben die beiden Specialitäten zusammengehörten und völlig mit einander verschmolzen werden müssten, so gelangt man, wie im Weiteren gezeigt werden wird, zu den abenteuerlichsten und ungeheuerlichsten Consequenzen, die in ihrer schliesslichen Verfolgung dem Specialismus in der Medicin überhaupt ein Ende machen würden!

Solange sich die Bewegung indessen in den bisher geschilderten Grenzen hielt, war gegen dieselbe natürlich nicht das Geringste einzuwenden. In Fragen so rein wirthschaftlicher Natur wie der vorliegenden muss selbstverständlich dem einzelnen vollständig überlassen bleiben, was er für das

Richtige für sich selbst hält. Wenn also ein angehender Specialist es für zweckmässig findet, in seiner Praxis Hals- und Ohrenkrankheiten zu verbinden; wenn eine Anzahl von Collegen, die in gleicher Lage sind, sich zur Gründung einer Gesellschaft zusammenthut, die der Pflege beider Specialitäten gewidmet ist; wenn ein Specialjournal es für zweckmässig hält, den Bedürfnissen beider Specialitäten zu dienen — so ist das Privatsache der Betreffenden, und es wäre im höchsten Grade unpassend für jemanden, der diese Bewegung für eine unzweckmässige hält, sich in diese Privatangelegenheiten einzumischen.

Weit bedenklicher wurde die Sache aber schon, als Angehörige der neuen Richtung das, was ihnen selbst wünschenswerth erschien, auch denen aufzuzwingen versuchten, die mit ihnen nicht einverstanden waren. Nicht zufrieden damit, bei denjenigen allgemeinen Zusammenkünften, bei denen der Laryngologie und der Otologie separate Sectionen eingeräumt werden, die Auswahl zu haben, welchen Diskussionen sie beiwohnen wollen, verlangen sie, dass die beiden Sectionen mit einander verschmolzen werden, denn „wenn ich zu einem Congresse gehe, will ich alles geniessen, was dort dargeboten wird!“ So lautet der Schlachtruf und unverhüllter kann sich der Egoismus wohl kaum geben. — Bisher hat freilich die verständigere Richtung, welche einsieht, dass durch die Erfüllung dieses Verlangens das schon jetzt erfahrungsgemäss stets überfüllte Programm jeder der beiden Sectionen weiterhin auf die Hälfte beschränkt würde, die Oberhand behalten; wie lange das aber anhalten wird, bleibt abzuwarten.

Eine noch schwerere Gefahr ist der Laryngologie im Laufe der letzten Jahre durch die Forderung erwachsen, sie mit der Otologie als academisches Lehrfach zu verschmelzen. Diese Forderung wird speciell von otologischer Seite mit grossem Eifer verfochten, und würde, wenn durchgeführt, der Selbstständigkeit der Laryngologie als einer in sich begründeten und existenzberechtigten Specialität um so wahrscheinlicher ein Ende bereiten, als die practische Erfahrung des letzten Vierteljahrhunderts uns einmal nach dem anderen — worüber in diesem Blatte wiederholt bittere Klage geführt worden ist — den Beweis ad oculos geliefert hat, dass, wenn immer an einer Universität oder ähnlichen Lehranstalt aus localen Gründen eine combinirte Klinik oder Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten errichtet worden ist, fast ausnahmslos ein Otologe mit der Leitung des neuen Instituts beauftragt worden und die Laryngologie zu kurz gekommen ist.

Ueberhaupt erinnert diese ganze „Vereinigungs“bewegung an nichts so sehr als an den englischen Kinderstubenreim:]

„There was a young lady of Djaigar
Who went for a ride on a tiger.
They returned from the ride,
But the lady inside,
And a smile on the face of the tiger.“[1])

Die Herren Otologen lieben plötzlich die Laryngologie „zum Auffressen“, und die Plötzlichkeit dieses heissen Liebeswerbens ist um so auffallender, als die ungestümen Freier volle fünfzig — sage fünfzig! — Jahre Zeit gehabt haben, die Vorzüge der Erkorenen zu studiren, ohne dass es ihnen bis auf die allerletzte Zeit eingefallen wäre, sie begehrenswerth zu finden! — Im Gegentheil haben sie der jüngeren Genossin gegenüber mehr als einmal eine unverhüllte Abneigung an den Tag gelegt, und sie nicht selten mit einem ebenso unverständlichen wie bedauerlichen Hochmuth behandelt.

Alles dies sind nicht Behauptungen, sondern historisch festgelegte Thatsachen.

Völlig unabhändig von der Otologie ist die Laryngologie entstanden; bei ihrem anfänglichen Ausbau hat nur ein einziger, bekannter Otologe, der bei dieser Diskussion immer wieder genannte Voltolini, nennenswerth mitgeholfen; im Uebrigen haben sich diejenigen Männer, welche die moderne Otologie geschaffen haben, v. Troeltsch, Politzer, Gruber, Schwartze, Bezold, Hinton, Toynbee, Wilde u. s. w., von der Laryngologie durchaus ferngehalten. — Innerhalb der 50 Jahre ihres Bestehens hat die Laryngologie von otologischer Seite nur eine einzige, wirklich werthvolle Gabe erhalten: dies ist die Entdeckung der adenoiden Vegetationen seitens Wilhelm Meyer's, und für diese Gabe haben sich die Laryngologen mindestens ebenso dankbar bewiesen, wie die engeren Berufsgenossen des Entdeckers. — Im Uebrigen hat die Otologie ebensowenig befruchtend auf die Laryngologie eingewirkt, wie letztere auf erstere. Was ganz kürzlich von Paul Heymann gesagt worden ist: dass, wenn man in einem der sowohl den Hals- wie den Ohrenkrankheiten gewidmeten Lehrbücher den dem otologischen Abschnitt gewidmeten Theil von dem laryngologischen mit einem Messer abtrennen würde, der Leser des einen Theils den anderen kaum vermissen würde — ist durchaus wahr! — Als es sich bei Gelegenheit des Londoner internationalen Congresses darum handelte, der Laryngologie in irgend einer Form zum ersten Male eine Anerkennung zu verschaffen und bei der durch persönliche Verhältnisse geschaffenen Unmöglichkeit, ihr eine separate Section zu erringen, von laryngologischer Seite

1) Zu deutsch: „Eine junge Dame in Djaigar ritt auf einem Tiger spaziren. Beide kehrten von dem Ritt zurück, aber die Dame im Inneren des Tigers, und ein Lächeln auf dem Gesicht desselben.“



die Concession gemacht wurde, dass man vorläufig mit einer gemeinsamen oto-laryngologischen Section unter dem Präsidium eines Otiaters zufrieden sein wolle, wurde dieser Vorschlag von den Otologen rundweg abgeschlagen, weil sie nichts mit den Laryngologen zu thun haben wollten! — Als bei dem Kopenhagener Congresse zwei gemeinsame Sitzungen der beiden Sectionen zu Stande gebracht worden waren, um über anscheinend beide interessirende Themata, wie die Tonsillotomie, den chronischen Nasenrachenkatarrh, die nasalen Reflexneurosen, gemeinsam zu diskutiren, nahmen die Ohrenärzte an den Verhandlungen keinen activen Theil und zogen sich schliesslich in der Mitte der Diskussion über die nasalen Reflexneurosen zurück, weil sie ein ihnen wichtigeres Thema zu besprechen hatten! — Als die Otologen vor einer noch gar nicht langen Reihe von Jahren ihre periodischen internationalen Congresse begründeten, fiel es ihnen gar nicht ein, die Laryngologie in ihre Thätigkeit mit einschliessen zu wollen, resp. die Laryngologen zur Theilnahme an diesen Congressen einzuladen! — Woher denn jetzt die plötzliche Liebe, beziehungsweise die Entdeckung, dass die beiden Specialitäten eigentlich zusammengehörten?

Es soll bereitwillig zugegeben werden, dass die vorstehenden historischen Reminiscenzen werthlos sein würden, wenn es gelänge nachzuweisen, dass die beiden Specialitäten, wenn auch zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedenen Grundlagen entstanden und anfänglich verschiedenen Zielen nachstrebend, im Laufe ihrer Thätigkeit wissenschaftlich einander immer näher geführt worden wären und schliesslich gefunden hätten, dass sie naturgemäss zusammengehörten. Aber gerade dieser Behauptung muss auf das Entschiedenste widersprochen werden. Weit entfernt, in eine und dieselbe Linie überzugehen, oder auch nur in parallelen Bahnen zu verlaufen, sind im Gegentheil die Bestrebungen beider Specialitäten in moderner Zeit immer divergenter geworden. Die zeitgenössische Otiatrie vertieft sich immer mehr in das Gebiet der Hirnchirurgie,[1]) die Laryngologie unserer Tage strebt auf der Basis der glänzenden Killian'schen Errungenschaften abwärts, und zieht legitimerweise die Krankheiten der Bronchien und der Speiseröhre in ihr Bereich!

Dieses wissenschaftliche Auseinandergehen ist so augenscheinlich und so unbestreitbar, dass von den Vorkämpfern der Verschmelzung denn auch kaum der Versuch gemacht wird, ihr Project auf Grundlage pathologischer Zusammengehörigkeit der beiden in Frage stehenden Gebiete

1) Dass in äusserst seltenen Fällen auch Abscesse der Nebenhöhlen der Nase zu Gehirncomplicationen führen können, wird wohl selbst von Anhängern der Fusion nicht als Beweis für die Zusammengehörigkeit der Otologie und Laryngologie ins Feld geführt werden. Im Uebrigen wird bezüglich der Behandlung solcher Complicationen auf die folgenden Ausführungen verwiesen.



zu befürworten. Giebt doch einer derselben noch ganz kürzlich unumwunden zu, dass „directe Wechselbeziehungen“ zwischen Ohren- und Halskrankheiten — auf die es, wie Paul Heymann sehr richtig sagt, doch hier in erster Linie, vielleicht sogar allein ankommt — „verhältnismässig selten“ seien.

Demgemäss treten denn auch unter den Gründen, die für die vorgeschlagene „Vereinigung“ geltend gemacht werden, die wirklich wissenschaftlichen ganz in den Hintergrund gegenüber den reinen Opportunitätsargumenten. Letztere sind bereits so eingehend und überzeugend von B. Fränkel, O. Chiari, Paul Heymann, Bloch, Lucae u. A. widerlegt worden, dass wir es uns versagen können, an dieser Stelle noch einmal auf jedes einzelne derselben einzugehen. Nur eines, das unzweifelhaft wichtigste derselben, müssen wir herausgreifen, um an der Hand der Erörterung desselben zu untersuchen, was das Resultat sein würde, wenn die so lebhaft ersehnte Fusion wirklich zu Stande käme. Es wird behauptet, dass sich die angehenden Specialisten beider Gebiete die erforderlichen Kenntnisse besser auf einer vereinigten Klinik erwerben könnten, und dass der Unterricht der Studenten vereinfacht werden würde. Das sind zwei sehr anfechtbare Behauptungen. Wie Bloch sehr richtig auseinandersetzt, und wie die bisher gewonnene Erfahrung thatsächlich gezeigt hat, wird der Leiter einer combinirten Anstalt „je nach Talent und Neigung doch immer eines der beiden Fächer bevorzugen“, und, wie wir hinzufügen möchten: die Neigung des Leiters wird dem ganzen Institut seinen Stempel aufdrücken! — Hier aber liegt der Schwerpunkt der ganzen Frage! — Unter den vielen tausenden der gegenwärtigen Laryngologen und Otologen giebt es, das dürfen wir kühnlich behaupten, nicht zehn, die einspruchslos von den Angehörigen der beiden Specialitäten als Meister in beiden Fächern anerkannt, nicht hundert, die von beiden Seiten zu den hervorragenderen Autoritäten in beiden Gebieten gerechnet werden. Ein beträchtlicher Bruchtheil der Uebrigbleibenden mag wohl landläufiges Wesen und Können genug in beiden Fächern besitzen, um den Anforderungen des Lehramtes und der Leitung einer combinirten Klinik leidlich nachkommen zu können und keines der beiden Fächer ungebührlich hinter dem anderen zurücktreten zu lassen. Eine sehr bedeutende Fraction aber, wahrscheinlich die Majorität der gesammten Zahl, betreibt nur eines der beiden Fächer mit wirklicher Vorliebe und fachmännischer Kenntniss, das andere mehr oder minder dilettantenmässig, und nur, weil es die Anforderungen des Berufes mit sich bringen, während wiederum ein beträchtlicher Bruchtheil, der die grosse Majorität der wissenschaftlichen Führer auf beiden Gebieten in sich birgt, nur eines der beiden Fächer cultivirt, und ganz und gar nicht beansprucht, in dem anderen als Autorität zu gelten.

Nun können wir uns, wie schon erwähnt, nach den immer wiederholten bitteren Erfahrungen der letzten 25 Jahre keinen Illusionen darüber hingeben, was das Schicksal der Laryngologie wäre, wenn die „Vereinigung" zur Thatsache würde. — Ein Mal nach dem anderen ist im Verlaufe dieser Jahre, wenn eine neue gemischte Klinik oder Poliklinik gegründet, ein Lehrauftrag für beide Fächer ertheilt wurde, die Wahl auf Herren entfallen, die bis dahin, was immer ihre otologische Befähigung sein mochte, laryngologisch völlig oder nahezu unbekannt waren, während die Hülle und Fülle ausgezeichneter Laryngologen, welche die betreffende Stellung vom laryngologischen Standpukt aus vorzüglich ausgefüllt haben würden, die aber otologisch nicht hervorgetreten waren, leer ausgegangen ist.

Unschwer lässt sich voraussehen, dass, wenn dies so weitergeht, wie bei der gegenwärtigen Strömung nur zu wahrscheinlich ist, der zum Leiter eines gemischten Instituts berufene Otologe, der seine Beförderung seinen otologischen Leistungen verdankt, auch in der neuen Stellung mit Vorliebe sein eigenes Feld cultiviren, und seine laryngologischen Obliegenheiten, wenn auch pflichtgemäss, doch ohne besonderen Enthusiasmus erfüllen wird. Das ist nur menschlich und begreiflich. Der Standpunkt des Leiters aber geht naturgemäss auf das ganze Institut über. Die Otologie wird die Hauptsache, die Laryngologie das Nebenfeld. Der angehende Specialist merkt schnell genug, dass, wenn er vorwärts kommen will, bei der herrschenden Strömung otologische, nicht laryngologische Leistungen erforderlich sind; derjenige, welcher sich speciell für laryngologische Fragen interessirt, findet nicht die geringste officielle Ermuthigung. So wird allmählich nicht nur die gegenwärtige blühende Entwickelung der Laryngologie gehemmt werden, sondern sie wird zu einem blossen Anhängsel der Otologie herabsinken. Ausnahmen mögen ja vorkommen, im Allgemeinen aber wird man die vorstehende Schilderung von der voraussichtlichen Entwickelung der Dinge, wenn die beabsichtigte officielle Vereinigung zur Wirklichkeit werden sollte, nicht der Uebertreibung zeihen können.

Und aus diesem Grunde werden diejenigen, die der Laryngologie ihre ungestörte Entwickelung zu wahren wünschen, ihr Möglichstes aufbieten, ihr ihre Unabhängigkeit zu erhalten. Die Mittel und Wege dazu werden im letzten Theil dieses Aufsatzes besprochen werden. Hier sei nur noch ausdrücklich hervorgehoben, dass es in der Geschichte der Medicin wohl einzig dasteht, dass eine Specialität, die unter fortwährenden harten Kämpfen sich ihr Bürgerrecht errungen, die soviel für die Erkenntniss und Behandlung der ihr unterstehenden Leiden geleistet, und die so befruchtend auf die Entwickelung der allgemeinen Wissenschaft gewirkt hat, wie die unsere, nach fünfzigjähriger Existenz in der Weise vergewaltigt und





ihrer Selbstständigkeit beraubt werden soll, wie dies jetzt mit der Laryngologie beabsichtigt wird!

Aber der Laryngologie, wie wir sie verstehen, droht eine noch grössere Gefahr als die soeben besprochene, eine Gefahr, die ihr aus ihrem Inneren erwachsen ist. Dies ist das sich in jüngster Zeit immer mehr geltend machende Bestreben, ihre natürlichen Grenzen dermaassen zu erweitern, dass der alte Begriff der Laryngologie darüber vollständig verloren geht, ja dass sie eigentlich aufhört, überhaupt noch eine Specialität darzustellen. Die geforderte Verschmelzung mit der Otologie ist unseres Erachtens nur ein erster Schritt auf diesem abschüssigen Pfade.

Die Genesis der ganzen Bestrebung, dessen Bedeutung bisher leider von den Wenigsten richtig gewürdigt wird, ist eine sehr natürliche, und dürfte hauptsächlich auf drei Umstände zurückzuführen sein: 1. Dieselbe wirthschaftliche Bedrängniss, die zu der Vereinigung mit der Otologie in der Praxis der jüngeren Specialisten geführt hat; 2. die an sich äusserst lobenswerthe Beschäftigung mit den sogenannten „Grenzgebieten"; 3. der ebenso rühmliche und leicht begreifliche Drang, den allgemeinen Aerzten und Chirurgen, die sich über die „Kleinheit" unserer Thätigkeit lustig machen, zu beweisen, dass wir auch grösserer Dinge fähig sind.

So lange sich diese Bestrebungen innerhalb der natürlichen Grenzen der Specialität hielten, waren sie durchaus legitim und wurden von uns Allen getheilt. Immer wieder ist darauf hingewiesen worden, dass nach Virchow's[1]) goldenen Worten die Specialitäten sich untereinander verständigen und sich gegenseitig helfen sollen, und ferner, dass, während sie immer von Neuem schöpfen aus dem gemeinsamen Born, sie auch ihrerseits fruchtbringend auf die Mutterwissenschaft zurückwirken müssen. Mit vollem Bewusstsein hat dieses Centralblatt schon vor 25 Jahren neben seinen Haupttitel „für Laryngologie und Rhinologie" die Devise: „und für verwandte Wissenschaften" gesetzt. Die Krankheiten der Schilddrüse, des Oesophagus, des äusseren Halses, der Mundhöhle gehören zu denjenigen, an welchen der Kehlkopfarzt, weil sie sein eigentliches Feld so häufig berühren, ein ganz besonderes Interesse zu nehmen berechtigt und verpflichtet ist. Es gereicht unserer Specialität zur Ehre, dass sie, sich abwendend von localer Kleinigkeitskrämerei, im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts mit Eifer den Zusammenhang des Halses und der Nase mit anderen, nicht nur räumlich benachbarten Organen studirt hat. Was hier hinsichtlich der Beziehungen unseres Specialgebietes zu den Krankheiten der Augen, der Ohren, des Centralnervensystems, der Zähne, der Lungen, der Geschlechts-

1) Berliner klinische Wochenschrift. 1885. S. 775.

organe, der Haut — kurz zu allen möglichen Theilen des Körpers geleistet worden ist, gehört zu den dankenswerthesten Errungenschaften der Laryngologie und sollte an sich genügen, ihr für immer einen ehrenwerthen Platz in der Reihe der anerkannten und unabhängigen Specialitäten zu sichern.

Ebensowenig lassen sich begründete Einwendungen dagegen erheben, dass die Laryngologie ihr Gebiet erweitert, sobald diese Erweiterung mit innerlicher Nothwendigkeit aus der Beschäftigung mit dem eigenen, unbestrittenen Felde unserer Thätigkeit erwächst, und wir möchten dies ganz besonders hervorheben, um dem Vorwurf des Hinter-der-Zeit-Zurückbleibens zuvorzukommen! Wenn also zum Beispiel gegenwärtig die äusseren Stirnhöhlenoperationen sich fast ausschliesslich in den Händen von Specialisten befinden, wenn die Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten zum grossen Theil von Laryngologen vorgenommen wird, so ist das einfach darauf zurückzuführen, dass im ersteren Falle die moderne Operation thatsächlich unter den Händen der Rhinologen entstand und so gut wie nie von den Chirurgen in Anspruch genommen worden ist, während im letzteren sich die Chirurgen so lange den von Laryngologen ausgehenden Vorschlägen zur Verbesserung der Technik der Operation verschlossen, dass letztere gezwungen wurden, dieselbe selbst vorzunehmen, wollten sie das von ihnen als richtig erkannte practisch durchgeführt sehen. Wenn ferner durch die schöpferische Idee Kirstein's und durch ihre geniale Erweiterung seitens Killian's das therapeutische Gebiet der Laryngologie auf die Bronchien und die Speiseröhre ausgedehnt wurde, so war dies eine logische Nothwendigkeit, da zu der Erlernung und practischen Ausübung der Bronchoskopie und Oesophagoskopie noch mehr specialistische Schulung gehört, als zu der gewöhnlichen indirecten Laryngoskopie. Demgemäss ist denn auch, obwohl die Killian'sche Methode die Laryngo-Rhinologie thatsächlich zur Specialität für die Krankheiten der Luft- und oberen Speisewege umgestaltete, von keiner Seite Einspruch gegen diese unerwartete Ausdehnung ihrer Thätigkeit erhoben worden. Dieselbe hat sich im Gegentheil wohl überall dankbarer Begrüssung zu erfreuen gehabt.

Ganz anders aber steht die Sache mit den neuesten Forderungen unseres radicalen Flügels. Derselbe betrachtet alle der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf räumlich benachbarten, oder mit diesen Organen in anatomischer, physiologischer oder pathologischer Beziehung stehenden, wenn auch ferner gelegenen Theile des Körpers als eroberte oder zu erobernde Gebiete, und verlangt kurzweg, dass die neue Oto-Laryngologie — denn es sind die Fusionsfreunde, welche diese Forderung erheben — ihre chirurgische Thätigkeit auf alle diese Gebiete ausdehnen solle, gleich-

gültig, ob dieselben seit undenklicher Zeit im Besitze anderer gewesen sind oder nicht! — Beiläufige Aeusserungen bezüglicher Art waren mehrfach im vorigen Jahre in Wien gelegentlich des Internationalen Congresses zu hören und lassen sich auch in der neuesten Literatur finden. Jetzt aber ist ein ganz definitives Programm für die weitere Entwickelung der oto-laryngologischen Praxis erschienen, das für die neue Richtung so bezeichnend ist, und gleichzeitig beweist, dass wir hier nicht gegen Chimären kämpfen, — dass wir einen grossen Theil desselben trotz seiner Länge in wörtlicher Uebersetzung hier wiedergeben.

In einer Ansprache des Vicepräsidenten, die vor der amerikanischen Academy of Ophthalmology and Laryngology im August vorigen Jahres in Cleveland gehalten und im „Laryngoscope“ (Februar 1909) abgedruckt worden ist, erklärt der Vortragende im Eingange, dass das Specialgebiet der Otolaryngologie über das Gebiet der Mastoidoperationen, der äusseren Operationen an den Nebenhöhlen der Nase und am Kehlkopf allmählich herausgewachsen sei und dass heutzutage die moderne Otolaryngologie die grossen Operationen am Kopfe und Halse in sich begreife.

Dann fährt der Verfasser wörtlich fort: „Noch besteht beträchtliche Zögerung in unseren Reihen hinsichtlich dieses Fortschritts, indem man die mögliche Gefahr fürchtet, das dem allgemeinen Chirurgen gehörende Feld zu schmälern. Das halte ich aber für einen Fehler, weil eine natürliche Verbindung zwischen den Krankheiten der Höhlen der Nase, des Halses und der Ohren und ihrer Adnexa besteht. Der moderne Otolaryngologe darf sich daher nicht mit der Behandlung der Höhlen begnügen, sondern muss auch die Adnexa und die Complicationen selbst behandeln.“ — Im Weiteren gesteht der Verfasser zu, dass die Begrenzung der otolaryngologischen Praxis durchaus individuelle Geschmackssache sei. Er selbst aber empfehle nicht nur die Inangriffnahme der äusseren ebensowohl wie der inneren Krankheiten der betreffenden Organe, sondern auch die Behandlung der mit ihnen „in engem Zusammenhange stehenden Gewebe“. Des weiteren illustrirt er seine Meinung, indem er einige einschlägige Beispiele giebt:

1. „Nehmen wir einen Fall von Obstruction der Nase an, in welchem die Diagnose auf Fibrosarkom gestellt ist. Dasselbe involvirt die ganze Hälfte des Oberkiefers und es wird nöthig, die temporäre oder permanente Resection der Maxilla superior mit oder ohne Ligatur der Carotis vorzunehmen. Es ist üblich gewesen, diese Operation von einem allgemeinen Chirurgen vornehmen zu lassen; ich behaupte jedoch, dass dieselbe durchaus innerhalb der Domäne der otolaryngologischen Praxis liegt.“

2. „Eine acute oder chronische Affection der Nebenhöhlen der Nase führt zur Entwickelung deutlicher Gehirnsymptome; die Diagnose wird auf

einen complicirenden Gehirnabscess oder auf Meningitis gestellt. Der Rhinologe hat die inneren und äusseren Operationen an den Sinus vorgenommen, aber die Gehirnexploration oder Punction des Wirbelkanals ist dem allgemeinen Chirurgen überlassen geblieben. Es ist kein Grund vorhanden, warum nicht die ganze Operation von dem Oto-Rhino-Laryngologen ausgeführt werden soll."

3. „Die vielen Varietäten äusserer Nasendeformitäten sind und werden noch gegenwärtig vielfach von allgemeinen Chirurgen operirt, trotz der Thatsache, dass in den meisten Fällen auch intranasale Chirurgie nothwendig ist, um die besten Resultate zu erzielen. Es ist daher klar, dass diese Fälle zum Bereich des Oto-Rhino-Laryngologen gehören."

4. „Die Lippen, das Zahnfleisch, die Kiefer, der Gaumen, die Speicheldrüsen und -Gänge, die Wangenschleimhaut und die Zunge werden in einer gemischten Weise behandelt, manche ihrer Affectionen von dem allgemeinen Chirurgen, manche von Zahnärzten, manche von Mundärzten oder Stomatologen und manche von den Rhino-Laryngologen. Die richtige Diagnose und Behandlung sind so wesentlich in Beziehung zu den speciellen Functionen der Athmung, der Sprache, des Gehörs, Geruchs und Geschmacksinns, dass allein aus diesen Gründen, wenn nicht aus aus anderen, die obigen Structuren von den Oto-Rhino-Laryngologen behandelt werden sollten."

„Ich will nunmehr einige specielle pathologische Zustände dieser Gebilde aufzählen":

a) „Der Lippen: Hasenscharte, angeborenes Staphylom, Neubildungen, entzündliche Krankheiten und angioneurotisches Oedem."

b) „Des Zahnfleisches und der Kiefer: Epulis und andere Neubildungen, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Fracturen und Dislocationen, Periostitis, Abscesse und Necrosis."

c) „Des Gaumens: Wolfsrachen und andere congenitale Defecte, Lähmungen, Neubildungen und entzündliche Leiden."

d) Des Speichelapparates: Speichelsteine und -Cysten oder Ranulae, Entzündungen, Abscesse und Neubildungen der Speicheldrüsen."

e) „Der Backen: Leukoplakie, Neubildungen und entzündliche Krankheiten."

f) „Der Zunge: schwarze Haarzunge und andere Keratosen, tuberculöse und syphilitische Erkrankungen und andere entzündliche Affectionen, congenitale Verkürzung oder Fehlen des Frenulum („tongue-tie"), Neubildungen."

5. „In neuerer Zeit ist klar nachgewiesen, besonders von Groeber Moos, Wood und Anderen, dass die Lymphgebilde des Mundes, der Nase, des Nasenrachenraumes, Rachens und Kehlkopfs sich in die verschiedenen

Drüsenregionen des Halses entleeren, und dass die Infection und Vergrösserung der Drüsen in directem Verhältniss zu der Infection der Lymphgebilde in den genannten Höhlen steht. Umgekehrt schwindet die Drüsenaffection mit dem Aufhören der primären Affection. Es ist daher klar, dass Vergrösserung der Lymphdrüsen, gleichgültig aus welcher Quelle stammend, in welche sich die oben genannten Lymphgebilde ergiessen, der Domäne des Oto-Rhino-Laryngologen zuzurechnen ist. Es ist durchaus nicht selten zu sehen, dass längere Zeit vergrösserte, aber nicht erweichte Halsdrüsen nach der Entfernung von Tonsillen oder adenoiden Vegetationen verschwinden. Ebensowenig selten findet man Recidive vergrösserter Cervicaldrüsen 2—3 Mal nach ihrer Operation, bis endlich die Tonsillen oder andere inficirte Gebilde innerhalb der Höhlen entfernt worden sind."

6. „Eine sehr häufige Klage über Schling- und Athembeschwerden sowie über andere auf den Hals bezügliche Symptome ist auf Vergrösserung der Schilddrüse zurückzuführen. Druck auf den N. recurrens bedingt Parese oder Paralyse der Stimmbänder, welche, obwohl seltener, derselben Veranlassung ihren Ursprung verdankt. Dieser pathologische Zustand ist vernünftigerweise innerhalb der Grenzen unserer Specialität, und die zu seiner Hebung nothwendige Operation sollte häufiger von uns vorgenommen werden, als dies geschieht."

„Das Gleiche gilt für alle Geschwülste des Halses, sowie für Kiemencysten, sobald dieselben Symptome im Gebiet der Nase, des Halses und der Ohren produciren."

7. „Die verschiedenen äusseren Operationen am Kehlkopf sind sämmtlich von Laryngologen während der letzten zehn Jahre vorgenommen worden. Alles, was ich mit Bezug hierauf zu sagen wünsche, ist, dass die Thatsache beweist, dass sie fähig sind, diese äusserst schwierigen grossen Operationen selbst vorzunehmen."

8. „Die Trachea, Bronchien, Lungen, Oesophagus und Magen, besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope" (Röhren) in Betrachtung kommen, sind sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Specialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Thätigkeit."

9. „Die zahlreichen Eingriffe an dem äusseren Ohr, wie plastische Operationen und Entfernung von Neubildungen, sind seit einiger Zeit von Otologen mit vortrefflichen Resultaten vorgenommen worden."

10. „Die vielfachen Complicationen einer Infection des Warzenfortsatzes, wie Sinusthrombose, Thrombophlebitis, Gehirnabscesse, Abscesse am Halse als Folge Bezoldt'scher Mastoiditis und Meningitis sind ebenfalls von den Oto-Laryngologen überwunden worden und haben unsere Stellung beträchtlich gehoben."

11. „Die neuroplastische Operation zur Heilung von Paralyse des Facialis ist in der Mehrzahl der Fälle von allgemeinen Chirurgen ausgeführt worden, trotz der Thatsache, dass die Majorität der Fälle entweder mit schweren Läsionen des Schläfenbeins verbunden ist, oder unseren Bemühungen, Ohreneiterungen zu heilen, ihren Ursprung verdankt. Auf Grund persönlicher Erfahrung möchte ich jeden Otologen, der sich angesichts dieser unerfreulichen und äusserst unangenehmen Complication befindet, dazu anregen, diese delicate, schwierige, aber interessante chirurgische Procedur selbst auszuführen."

„Ich habe gegenwärtig hauptsächlich chirurgische Affectionen erwähnt, weil es zuviel Zeit erfordern würde, weiter auf die Frage einzugehen; ausserdem ist es einleuchtend, dass solche andere locale oder allgemeine Maassregeln zu ergreifen sind, wie sie erforderlich werden."

„Und jetzt, meine Herren, wo ich die wichtigsten Zustände aufgezählt habe, auf deren Behandlung die modernen Oto-Rhinologen gefasst sein müssen, wünsche ich meine Gründe zu geben, warum es zu ihrem Vortheil sein wird, dies zu thun":

„Erstens. Auf Grund der Thatsache, dass sie immerwährend darauf eingeübt werden, empfindliche Gebilde zu manipuliren, ist es natürlich, dass ihre Resultate besser sind."

„Zweitens. In vielen der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen, ist indirecte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich und nur diejenigen, welche daran gewöhnt sind, constant den Spiegel zu gebrauchen, können die beste Arbeit leisten."

„Drittens. Indem er seine Thätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränkt, wird der Specialist naturgemäss zu einem Sachverständigen, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln haben, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben werden, so viele Fälle zu beobachten. Dies hängt natürlich von der Anzahl der Fälle ab, die jeder Einzelne sieht."

„Viertens. Wie schon im Anfange gesagt, sollen die Oto-Laryngologen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexa und Complicationen behandeln. Alles, was sie zu thun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Principien gut zu kennen, da die Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen stets wohl bekannt gewesen sind."

„Ich habe nichts bezüglich der Oto-Rhino-Laryngologen und Ophthalmologen oder der Krankheiten gesagt, welche beiden Abtheilungen gemeinsam sind, weil der Präsident bereits hierauf angespielt hat. Ich möchte aber sagen, dass die Oto-Rhino-Laryngologie kaum je ohne die Mitarbeiterschaft eines Ophthalmologen auskommen kann und umgekehrt."

Hiermit schliesst der amerikanische Autor sein Programm ab. Die Collegialität, welche er in seinem letzten Satze den Ophthalmologen gegenüber zeigt und welche so auffallend mit dem gänzlichen Mangel an Rücksicht contrastirt, der in obiger Ansprache dem allgemeinen Chirurgen gegenüber an den Tag gelegt wird, erklärt sich sehr natürlich daraus, dass diese Ansprache vor der „Academy of Ophthalmology and Laryngology" gehalten wurde, d. h. vor einer Körperschaft, welche beide genannte Specialitäten pflegt. Anderwärts, wo die Verschmelzung derselben bisher nicht erfolgt ist, sind die Gesinnungsgenossen des Redners nicht so rücksichtsvoll gegen die Ophthalmologen: dort wird die „Chirurgie der orbitalen Complicationen" ebenfalls für den Oto-Laryngologen der Zukunft in Anspruch genommen! —

Wir sprechen von „Gesinnungsgenossen" des Autors, da wir wissen, dass es solche allerorts giebt. Kein grösserer Fehler könnte von den Laryngologen alten Stils gemacht werden, als der, obige Ausführungen als den Traum eines vereinzelten Schwärmers zu belächeln und zu glauben, dass man dieselben mit Achselzucken übergehen könne! — Dieselben stellen vielmehr das erste definitive Programm einer weit verbreiteten Richtung dar, und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn auch die Meinungen der Anhänger dieses Programms in Bezug auf einzelne Details auseinander gehen mögen, und wahrscheinlich thatsächlich auseinander gehen, dasselbe doch im Grossen und Ganzen die Ziele und Ideale einer nicht zu unterschätzenden Partei wiedergiebt.

Dies ist der Grund, warum im Obigen das Programm derselben wortgetreu wiedergegeben ist, dies der Grund, warum im Folgenden die Bedenklichkeit desselben dargelegt werden soll. Und wir geben uns der festen Hoffnung hin, dass der Wortführer, dessen Ausführungen wir bekämpfen werden, unsere freimüthigen Aeusserungen ganz und gar nicht im Sinne einer persönlichen Polemik auffassen wird! — Nichts liegt uns ferner als eine solche! — Nicht zwei Personen, sondern zwei Richtungen stehen einander gegenüber. Wenn wir die eine derselben bekämpfen, so geschieht dies, weil sie unserer festen Ueberzeugung nach unheilvoll für die Zukunft unserer Specialität ist, nicht weil wir ihren Wortführer für das verantwortlich machen, was von vielen anderen ebenso lebhaft gewünscht wird, wie von ihm.

---

Der vorwiegende Eindruck, den der mit der Sache vertraute Leser bei der Lectüre des vorstehenden Programms empfangen haben dürfte, ist wohl der des Erstaunens, wie kurzsichtig die Pläne derjenigen sind, die es leichten Herzens unternehmen, die Grundlagen unserer Specialität zu

verändern, unsere Beziehungen zu anderen Zweigen unserer Wissenschaft und zur Gesammtmedicin zu verschlechtern, den Begriff des Speciaiismus selbst auf den Kopf zu stellen.

Der Specialismus in der Medicin ist bestenfalls ein notwendiges Uebel. Vom idealen Standpunkte kann kein Zweifel darüber obwalten, dass es wünschenswerth wäre, dass jeder Arzt seine Wissenschaft und Kunst so vollständig beherrschte, dass eine Arbeitstheilung unnöthig wäre. Das ist nun durch den stetig zunehmenden Umfang unseres Wissens und Könnens im Verhältniss zur Kürze unseres Lebens und unserer Studienzeit praktisch unmöglich geworden. Universalgenies wie Albrecht von Haller sind heutzutage kaum mehr denkbar. Zunächst haben sich die theoretischen Fächer von den praktischen allmählich geschieden; dann haben sich die innere Medicin, die Chirurgie und die Geburtshilfe von einander getrennt: dann sind in der Medicin und in der Chirurgie allmählich auf Grund besonderer Veranlassungen Unterabtheilungen entstanden. Solche Veranlassungen waren hauptsächlich die Einführung neuer wichtiger Methoden für Untersuchung und Behandlung, deren Handhabung besondere Uebung und Geschicklichkeit erforderte, wie der Augen-, Ohren-, Kehlkopfspiegel, das Cystoscop etc. Das für die Legitimation dieser Unterabtheilungen als selbstständiger Zweige der Medicin unerlässliche gemeinsame Princip bestand darin, dass diejenigen, die sich der Pflege dieser Methoden gänzlich widmeten, das von ihnen bebaute Feld besser zu bearbeiten im Stande sein mussten, als diejenigen, die nur gelegentlich die betreffenden Methoden ausübten, und dass sie sich, wenn sie die Unterstützung ihrer nichtspecialistischen Collegen erwarteten, auf das von ihnen cultivierte Gebiet beschränkten.

Selbstverständlich bedeutet letzteres nicht eine polizeilich überwachte Grenzsperre. Abgesehen von dem Rechte jedes approbirten Arztes, das gesammte Gebiet der Heilkunde zu bearbeiten, ein Recht, das Niemandem geschmälert werden kann, gehen viele von den Unterabtheilungen der Medicin so allmählich ineinander über, resp. haben so viele Interessen gemeinsam, dass sich eine haarscharfe Grenze zwischen ihnen überhaupt nicht ziehen lässt. Die Selbstbeschränkung der Specialisten auf das von ihnen gewählte Feld war vielmehr eine durchaus freiwillige und war das Ergebniss weisesr Einsicht. Indem der Specialist sich aus eigenem Antrieb enthielt, Leistungen zu unternehmen, die er vielleicht ebenso gut wie ein anderer ausführen konnte, und indem er sich darauf beschränkte, Dinge zu treiben, die er sicher besser thun konnte, als andere, rechnete er auf die Unterstützung der Angehörigen anderer Zweige in seiner Praxis. Indem die letzteren dem Specialisten ihr Vertrauen schenkten und ihm Patienten zuwiesen, deren Krankheiten in sein Gebiet

fielen, erwarteten sie, dass diese Kranken nach ihrer Heilung im Falle anderweitiger Leiden zu ihren ursprünglichen Rathgebern zurückkehren würden. Das war die praktische Grundlage, auf welcher der Specialismus in den neueren, mehr technischen Unterabtheilungen der Medicin entstanden ist; das ist die gesunde Grundlage, auf welcher er noch heute besteht. Es ist der Geist der Collegialität, der diese Beziehungen regulirt, und sie in der That allein möglich macht!

---

Prüfen wir nun auf Grund dieser Schilderung der Entwicklung und gegenwärtigen Stellung des Specialismus in der Medicin, deren Richtigkeit wohl kaum bestritten werden wird, die Forderungen der neuen „Oto-Rhino-Laryngologie", so stürzen die Bedenken bei der Lectüre des vorstehenden Programms der Reformpartei so haufenweise auf den Leser ein, dass man kaum weiss, wo man anfangen und wo man aufhören soll, Einsprache zu erheben. — Um nur einigermaassen Ordnung in die Fülle dieser Einwürfe zu bringen, wollen wir das neue Programm nach folgenden Gesichtspunkten untersuchen:

1. Die geforderte Veränderung des Umfanges der Specialität und die Willkürlichkeit, mit der die Grenzen ihres Gebiets abgesteckt werden.

2. Die Gründe, auf welche sich die Forderungen stützen.

3. Die gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Specialität zur Gesammtmedicin im Falle der Realisation des Programms und die Frage, welches die Stellung der neuen Disciplin im academischen Lehrkörper sein soll, eine Frage, die in dem Programm gar nicht berührt wird.

---

1. Es wird gefordert, dass die „Oto-Rhino-Laryngologie" auch die „Adnexa" und die „Complicationen" einschliessen soll. Die ungemeine Dehnbarkeit dieser Begriffe liegt auf der Hand. Was sind „Adnexa"? — Nur alle räumlich benachbarten oder auch alle anatomisch, physiologisch und pathologisch mit dem Ohr, der Nase und dem Halse in Zusammenhang stehenden Theile? — Was sind „Complicationen?" — Processe, die aus den Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses erwachsen und auf benachbarte oder entferntere Organe übergreifen, oder auch Processe in anderen Theilen, die in ihrem Verlaufe auch Ohr, Hals und Nase afficiren mögen, resp. constitutionelle Leiden, in denen zu irgend einer Zeit ihres Bestehens Erscheinungen von Seiten des Ohres, der Nase oder des Halses auftreten können?

Obwohl das citirte Programm sich über diese Fragen nicht klar auslässt, so geht doch aus den von ihm gegebenen Beispielen klar genug hervor, dass der Ehrgeiz der Reformpartei darauf hinausgeht, alle diese „Adnexa" und „Complicationen" in das Gebiet der neuen Disciplin hinein-

zuziehen. Wir sagen ganz allgemein: „Der neuen Disciplin," weil wir wirklich in Verlegenheit sind, mit welchem bezeichnenden Namen wir sie belegen sollen! — Dass es nicht mehr „Oto-Rhino-Laryngologie" ist, wenn jemand die Resection der Maxilla superior mit Ligatur der Carotis vornimmt, den Wirbelcanal punctirt, die Hasenscharte operirt, die Zunge entfernt, neuroplastische Operationen zur Heilung der Facialisparalyse ausführt, etc. — ist ohne Weiteres einleuchtend. Auch „Chirurgie des Kopfes und Halses" — der von dem Verfasser des Programms selbst wiederholt gebrauchte Ausdruck — reicht offenbar nicht aus, um das Feld der neuen Disciplin zu definiren, denn einerseits macht er das specielle Reservat, dass er nur aus Zeitmangel sich auf die hauptsächlich chirurgischen Affectionen beschränkt habe, und es „einleuchtend" sei, dass „solche andere locale oder allgemeine Maassregeln zu ergreifen seien, wie sie erforderlich werden" — was bei der bequemen Argumentation des Programms vollständig ausreicht, auch alle nicht-chirurgischen „Complicationen" oder „Adnexa" für die Domäne der neuen Disciplin zu fordern, andererseits liegen seinem Raisonnement zufolge ja auch „die Lungen, der Oesophagus und der Magen", besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope" in Betrachtung kommen, „sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Specialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Thätigkeit."

So sehr wir mit dem Inhalt des letzten Satzes einverstanden sind, so ist es doch klar, dass eine Disciplin, die einerseits auch die nicht-chirurgischen Leiden des Kopfes und Halses, andererseits die Krankheiten der Lunge, der Speiseröhre und des Magens umfassen will, auch einen bezeichnenderen Ausdruck für das Gebiet ihrer Thätigkeit finden muss, als den der „Chirurgie des Kopfes und Halses." — „Specialist vom Scheitel bis zum Nabel" würde schon besser passen. — Aber auch diese Bezeichnung reicht nicht aus, wenn wirklich alle „Adnexa" und „Complicationen" in den Bereich unserer Thätigkeit gezogen werden sollen.

Wir kommen dabei auf die oben erwähnte ganz unverständliche Willkürlichkeit in der Begrenzung des Gebietes der neuen Disciplin, die ihr unreifes Programm characterisirt. Wenn die „Adnexa" uns gehören, wie behauptet wird, warum nicht grade heraussagen, dass das Gehirn, die Augen, die Zähne, Bestandtheile unseres neuen Wirkungskreises sind? — Das Gehirn ist räumlich der Nase, dem Halse, den Ohren benachbart, verschiedene seiner Erkrankungen lösen Complicationen in diesen Theilen aus, wie umgekehrt Krankheiten dieser Organe auf das Gehirn übergreifen können. — Die Beziehungen der Augen zur Nase sind im Laufe der letzten Jahre so vielfach Gegenstand literarischer Thätigkeit gewesen, und es ist eine so formidable Liste von Krankheiten aufgestellt

worden, die von der Nase ausgehend Augenkrankheiten bedingen können, dass, wenn der Verfasser obigen Programms hätte consequent sein wollen, er seinen Forderungen getreu kurzweg auch die Augenkrankheiten hätte für die neue Specialität reclamiren müssen, statt im Schlusssatze überraschenderweise zu sagen, dass der Oto-Rhino-Laryngologe kaum je ohne die „Mitarbeiterschaft" des Ophthalmologen auskommen könne und umgekehrt. Wenn *hier* eine „Mitarbeiterschaft" des Angehörigen einer anderen Specialität zugestanden wird, warum wird dem *allgemeinen* Chirurgen eine solche „Mitarbeiterschaft" verweigert, und schlankweg zur Annexion seines Gebietes aufgefordert? — Und weiter: wir sollen den Oberkiefer reseciren, Epulis, Affectionen des Zahnfleisches, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Fracturen und Dislocationen, Periostitis und Necrose der Kieferknochen behandeln. Warum machen wir denn bei den Zähnen selbst Halt? — Auch zu deren Behandlung gehört ja „Delicatesse der Manipulationen" und gelegentlicher „Gebrauch des Spiegels!" Also: Fort mit dem Zahnarzt! — Mit dieser Logik, die an die berühmte Ableitung: „ἀλωπηξ, pix, pax, pux, Fuchs!" erinnert, lässt sich ebenso gut die Behandlung der Hypophysiskrankheiten, oder die Exstirpation des Ganglion Gasseri für den „Oto-Rhino-Laryngologen" fordern. Und selbst hiermit ist die Absurdität noch nicht am Ende angelangt. Da wir in Zukunft ja alle „Complicationen" selbst behandeln sollen, so ist es nur selbstverständlich, dass, wenn ein Pemphigus in der Nase oder im Halse beginnt, die Behandlung in den Händen des „Rhino-Laryngo-Otologen" bleibt, auch wenn in späteren Stadien die Schleimhautsymptome vollständig hinter den Manifestationen auf der äusseren Haut zurücktreten. Und da wir weder vor der Punktion des Wirbelcanals noch vor der Entfernung der Schilddrüse zurückschrecken dürfen, so folgt natürlich, dass wenn ein unter unserer Behandlung stehendes Oesophaguscarcinom die Gastrostomie erfordert, diese Operation von uns selbst vorgenommen wird, ebenso wie, dass, wenn bei einer mit Kehlkopftuberculose behafteten Patientin die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt erscheint, es der „Oto-Rhino-Laryngologe" ist, der diese Operation ausführt! — Und das nennt sich noch „Specialität!" — Schliesslich werden wir bei dieser Behandlung der „Adnexa" und „Complicationen" bei der Definition des alten englischen Chirurgen anlangen, der auf die Frage, was ein chirurgischer Fall sei, ohne Zögern erwiderte: „Jeder, der ein Honorar bezahlt." — —

2. Prüft man nun die Gründe, auf welche die Forderungen der Reformpartei sich stützen, so weiss man nicht, ob man mehr über deren sachliche Aermlichkeit oder über die Kurzsichtigkeit staunen soll, mit der Argumente verwendet werden, die bei näherer Analyse ihre Spitze direkt gegen die Sache kehren, der sie dienen sollen.

Da wird zunächst behauptet, dass auf Grund ihrer Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde es natürlich sei, dass die Resultate der Specialisten besser seien. — Von welchen Gebilden und von welchen Resultaten wird da gesprochen? — Wenn diejenigen Gebilde gemeint sind, welche eine ganz specielle Technik erfordern (wie etwa die intralaryngeale Operation gutartiger Kehlkopfneubildungen), und welche sich bereits seit 50 Jahren unangefochten in unserem Besitze befinden, so wird das Niemand bestreiten; wenn aber die neuen Dinge in Frage kommen, die jetzt für die „Oto-Rhino-Laryngologie“ reclamirt werden, so schwebt die Behauptung, dass die Resultate der Laryngologen „besser“ seien, vollständig in der Luft und stellt ausserdem — bewusst oder unbewusst — eine Beleidigung derer dar, in deren Händen sich die betreffenden Operationen befunden haben, und denen bisher unseres Wissens nach niemals Mangel an Geschicklichkeit hat vorgeworfen werden können! — Und ausserdem: welche Logik! — Verleiht blosse „Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde“ Anspruch auf Usurpirung anderer Gebiete, so dürfte der Augenarzt ein Recht haben, die gesammte Chirurgie als seine legitime Domäne zu betrachten!

Ferner heisst es, dass in „vielen“ der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen indirecte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich sei, und dass nur diejenigen, welche daran gewöhnt seien, constant den Spiegel zu gebrauchen, die beste Arbeit leisten könnten. — Darauf ist zu erwidern, dass die Wolfsrachen- und Mundoperationen nach der eigenen Liste des Programms nur einen ganz geringen Bruchtheil derjenigen Eingriffe darstellen, welche jetzt für die neue Disciplin gefordert werden, und dass Wolfsrachenoperationen, wie überhaupt Operationen am harten und weichen Gaumen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch unbestritten, von jeher zu denjenigen Operationen gehört haben, die von Laryngologen ausgeführt worden sind. Für die grosse Mehrzahl der neu reclamirten Operationen aber ist das Spiegelargument ganz unverwendbar, da bei denselben Spiegel gar nicht oder nur ganz ausnahmsweise zur Verwendung kommen.

Sodann wird uns gesagt, dass der Specialist, indem er seine Thätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränke, naturgemäss zu einem Sachverständigen werde, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln hätten, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben würden, so viele Fälle zu beobachten. Freilich fügt der Autor hinzu, dass dies natürlich von der Anzahl der Fälle abhänge, die jeder Einzelne sehe. — Dieses Argument hat insofern etwas unwillkürlich Komisches, indem der letzte Satz den vorhergehenden einfach aufhebt. — Aber auch abgesehen hiervon ist über die ganze Behauptung zu sagen, dass der Specialist, so lange er sich mit dem *wirklichen* Gebiet seiner

Specialität begnügt, in der That ein Sachverständiger ist, während er diese Eigenschaft verliert, sobald er sich auf Gebiete begiebt, mit denen er nur ganz gelegentlich in Berührung kommt. — Ferner ist bei der ganzen Bewegung nicht von einer Beschränkung, sondern von einer Ausdehnung die Rede, und zwar begreift diese Ausdehnung, wie wir oben gezeigt haben, nicht nur die „Chirurgie des Kopfes und Halses“, sondern die medicinische und chirurgische Behandlung der meisten Leiden der oberen Hälfte des Körpers in sich, wenn letzteres auch nicht so direct ausgesprochen wird, wie ersteres. Dass dabei der ganze Begriff des Specialismus auf den Kopf gestellt wird, und der Anspruch auf „Sachverständigkeit“ in sich zusammenfällt, ist selbstverständlich. Ausserdem muss bestritten werden, dass — wenigstens gegenwärtig — der Specialist die Gelegenheit hat, viele Fälle zu beobachten, die nicht zu dem eigentlichen Gebiet seiner Specialität gehören. Gelegentlich bekommt man ja auch fernliegende Dinge zu sehen; wie selten das aber ist, erhellt am besten aus den statistischen Berichten der laryngologischen Kliniken der verschiedensten Länder, in welchen man nur in Ausnahmefällen, resp. in verschwindend kleiner Anzahl, die Namen vieler von den Leiden und Operationen genannt finden wird, die jetzt für die neue Disciplin reclamirt werden.

Das Wunderbarste und für die eigene Sache gefährlichste Argument ist jedenfalls das letzte der ins Feld geführten. Die Oto-Laryngologen sollen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexe und Complicationen behandeln, deren Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen angeblich „stets wohl bekannt“ gewesen seien. „Alles was sie zu thun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Principien zu kennen.“ — Bei oberflächlicher Lectüre scheint die Aufgabe einfach genug; denkt man aber über den Sinn dieser Sätze nach, so drängen sich einem die beiden Fragen auf: Woher stammt die angebliche intime Kenntnis — wir sprechen natürlich nicht von der allgemeinen Kenntniss, die jeder praktische Arzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie des ganzen Körpers besitzt, sondern von der speciellen Kenntniss, welche das Attribut der Sachverständigkeit rechtfertigt — welche die Oto-Laryngologen schon jetzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie der verschiedenen „Adnexa“ und Organe, in denen „Complicationen“ erfolgen können, angeblich besitzen sollen? — Und zweitens: wann und wie sollen sie sich „in der Technik vervollkommnen“? — Es ist in der That merkwürdig, dass die Himmelstürmer nicht sehen, dass sie hier ihre eigene Achillesferse berühren! — Dass die blosse officielle Ausbildung während der Studienjahre nicht ausreicht, um jemanden zu der wirklich sachverständigen Vornahme solcher Operationen, wie sie von jetzt

an zum Gebiet der Oto-Laryngologie gehören sollen, zu qualificiren, wird wohl allerseits zugestanden werden, und wird thatsächlich durch die Aufforderung zu weiterer „technischer Vervollkommnung" bestätigt. Aber wie und wann sollen sich die Oto-Laryngologen, so fragen wir wiederholt, dieselbe aneignen? — Ja, wenn es gesetzlich geregelt werden könnte, dass jedermann, ehe er berechtigt ist, den Titel „Oto-Laryngologe", oder den Titel „Specialist für Krankheiten der oberen Körperhälfte", oder welchen anderen Titel man der neuen Disciplin geben will, zu führen, nach Ablegung seines Staatsexamens verpflichtet würde, eine Periode von mindestens 2—3 Jahren als officieller Assistent (mit der Befugniss grössere Operationen selbst auszuführen) an einer grossen chirurgischen Klinik zuzubringen; dass er während dieser Zeit die Anatomie, Physiologie und Pathologie der „Adnexa" und „Complicationen" besonders studiren müsse; und dass es ihm erst nach Ablegung eines speciellen Examens bezüglich seines speciellen Wissens und fachmännischen Könnens in den Dingen, die er später als Specialist betreiben wolle, gestattet sein solle, den betreffenden Specialtitel zu führen, — dann läge die Sache anders! — Heute aber, wo man schon bei dem gegenwärtig begrenzteren Umfang der beiden Specialitäten immer wieder die Erfahrung macht, dass Leute sich Specialisten nennen, denen keine Specialbildung zur Seite steht, wo die Klage über das „Sechswochenspecialistenthum" immer lauter aus den Reihen der Specialisten selbst erschallt, eine grosse Anzahl von neuen Dingen, die nur auf Grund Jahre langer specieller Ausbildung wirklich fachmännisch betrieben werden können, für unsere Specialität zu reclamiren, ist einfach widersinnig und läuft dem ganzen Grundbegriff des medicinischen Specialismus stracks zuwider.

Ueberhaupt ist hier der Ort, die Herren von der Reform auf eine grosse und wirkliche Gefahr für unsere Specialität aufmerksam zu machen, die sie heraufbeschwören, deren sie aber, soweit wir sehen können, überhaupt nicht gewahr sind: die Gefahr der Verflachung unserer Thätigkeit zu Gunsten ihrer Verbreiterung! — Wir haben bisher unsere Erfolge durch liebevolle Vertiefung in unser kleines Gebiet erreicht. Mit seiner, bisher durchaus legitimen, allmählichen organischen Erweiterung ist es schwerer und schwerer geworden, sich selbst in diesem beschränkten Gebiete in allen Punkten vollständig auf der Höhe zu erhalten, das ganze Gebiet seiner immer mehr anschwellenden und sich immer mehr zersplitternden Literatur zu beherrschen, wirklicher Meister der immer mehr sich verfeinernden Technik, der in immer grösserer Zahl auftauchenden neuen Untersuchungs- und Operationsmethoden zu bleiben. — Jetzt soll nun der Umfang dieses Gebietes bis ins Ungemessene erweitert werden, ohne dass die geringste Bürgschaft dafür geboten wird, dass diejenigen,

welche sich ihm widmen, die unerlässliche specielle Vorbildung in den neuen Dingen erhalten haben, die ihm angegliedert werden sollen, und ohne die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich die technische Vollkommenheit, die von einem „Specialisten“ verlangt werden darf, nach ihrem Eintritt in die specialistische Laufbahn aneignen werden, da trotz der gegentheiligen Behauptungen das sich ihnen darbietende Material in der Behandlung der „Adnexa“ und der „Complicationen“ an den weitaus meisten Specialkliniken voraussichtlich ein viel zu geringes bleiben wird, um auf seiner Grundlage wirkliche Meisterschaft zu erringen. — Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, vorauszusehen, dass bei einer Verfolgung dieser Ziele der Oberflächlichkeit, dem Dilettantismus in die Hand gearbeitet, die wirkliche Aufgabe der Specialität immer mehr in den Hintergrund gerückt werden wird. Der ehrgeizige junge Specialist wird es für seine Pflicht halten, seine Thätigkeit besonders auf denjenigen neuen Gebieten zu bethätigen, auf denen wir überhaupt nicht mit den Angehörigen anderer Zweige rivalisiren sollten, um zu zeigen, dass er auf der Höhe der Situation stehe. Unsere Specialgesellschaften, unsere Specialjournale werden immer mehr ihren eigentlichen Charakter verlieren und Dinge bringen, die naturgemäss in das Gebiet der allgemeinen Chirurgie und Medicin gehören. Die Betten in den Specialkliniken werden immer häufiger für Fälle in Anspruch genommen werden, die garnicht in das eigentliche Gebiet der Specialität fallen. Spuren von allem diesen lassen sich von dem aufmerksamen Beobachter schon heute entdecken. Schliesslich wird die Specialität so weitgehende Ansprüche machen, dass sie überhaupt aufhört, Specialität zu sein. Weit von diesem Ende wäre sie schon jetzt nicht, wenn das amerikanische Programm und die Bestrebungen Gleichgesinnter in anderen Ländern zum officiellen Schlachtruf der Angehörigen unseres Faches erhoben würden. — Und das soll ein Fortschrittt sein? — Es ist der Gipfelpunkt solcher Verblendung, wie sie nach dem altrömischen Sprichwort der Vernichtung vorhergeht!

3. In innigem Zusammenhange mit den letzten Ausführungen steht die letzte hier noch zu besprechende Frage: die unausweichliche gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Specialität zur Gesammtmedicin im Falle der Realisation des Reformprogramms, und die Erwägung, welches die Stellung der neuen Diciplin im academischen Lehrkörper sein soll? — Es ist bezeichnend für die Unreife der ganzen Bewegung, dass das Programm kein Wort über diese Grundfragen enthält. — Es wird anscheinend naiver Weise angenommen, dass die angestrebten Ziele sich verwirklichen liessen, ohne dass die Angehörigen anderer Zweige, selbst der direct durch die rücksichtlosen Forderungen der Reformpartei betroffenen, überhaupt um ihre Ansicht gefragt würden, resp. ein Wort zur Vertheidigung ihrer eigenen

gefährdeten Interessen zu sagen hätten! — Hier wird die neue Bewegung geradezu gemeingefährlich, und hier wird ein Protest aus der Mitte der Specialität selbst zur directen Pflicht!

Noch einmal muss an dieser Stelle, um jeder Missdeutung vorzubeugen, nachdrücklich betont werden, dass niemand daran gedacht hat, oder denkt, dem einzelnen Laryngologen vorschreiben zu wollen, was die Grenzen seiner Thätigkeit sein sollen! — Das wäre ebenso lächerlich als anmaassend, und wiederspräche dem Geist freier Wissenschaft! — Victor von Bruns ist allgemeiner Chirurg geblieben, auch nachdem er der Vater der intralaryngealen Chirurgie geworden war; Carl Gerhardt und Hugo von Ziemssen haben nicht ihre klinischen Professuren niederlegt, weil sie sich mit Vorliebe mit Laryngologie beschäftigten. Noch heute sind mehrere der ausgezeichnetsten britischen Laryngologen gleichzeitig innere Kliniker oder Chirurgen. Die Combination der Laryngologie mit der Otologie ist in der Praxis häufiger als das Alleinbetreiben einer dieser Specialitäten. In Amerika tritt vielfach noch die Ophthalmologie hinzu. Noch seltenere Combinationen, wie die der Laryngologie mit der Dermatologie, sind nicht unerhört. So soll es auch bleiben! So wenig es dem einfachen praktischen Arzt verwehrt werden kann, selbst die Ovariotomie vorzunehmen, den Kehlkopf zu exstirpiren, den Staar zu stechen, eine Gehirngeschwulst zu entfernen, so wenig darf der Laryngologe als Individuum in der Festsetzung seines persönlichen Wirkungskreises behindert werden. Wenn ein Halsarzt, dem eine gründliche chirurgische Vorbildung zur Seite steht, alle in dem obigen Programm genannten und ausserdem alle ganz ausserhalb des laryngologischen Gebietes stehenden Operationen, die der Zufall ihm zuführt, selbst ausführen will, so hat Niemand das Recht, ihm dreinzureden. Wenn ein anderer, der eine solche Vorbildung nicht besitzt, aus falschem Ehrgeiz oder aus materiellen Gründen, die ja bei der ganzen Frage, wenn auch unausgesprochen[1], eine so grosse Rolle spielen, die dilettantenhafte Vornahme einiger weniger Operationen, die sich ihm gelegentlich bieten, der Mitwirkung des allgemeinen Chirurgen und dem Vertrauen dei praktischen Aerzte vorzieht, so hat er das mit seinem Ge-

1) Fast gleichzeitig mit dem Vortrag des amerikanischen Vorkämpfers der neuen Richtung hat ein Landsmann von ihm, ein bekannter amerikanischer Ophthalmolog, einen Artikel unter dem Titel: „Augenarzt und Ohrenarzt, oder Augenarzt und innerer Kliniker — welches von beiden soll es sein?“ („Oculist and Aurist or Oculist and Physician — Which?“ „Ophthalmoscope“ Jan. 1909) veröffentlicht, in welchem er die Frage bespricht, ob der Augenarzt seine Specialität mit der des inneren Klinikers, oder mit der des Rhino-Oto-Laryngologen vereinigen soll. Auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen befürwortet er im Ganzen mehr die erstgenannte Eventualität.

Das „British Medical Journal“, das diesen Artikel in der Nummer vom 27. März 1909 einer redactionellen Besprechung unterzieht, sagt mit dürren Worten,





wissen abzumachen, und die Folgen etwaiger Fehlschläge persönlich auf sich zu nehmen. Das sind Dinge, die die Laryngologie als Körperschaft nicht berühren. Wenn aber die verblendete Behauptung aufgestellt wird, dass alle möglichen Dinge, mit denen die Laryngologie je einmal in Berührung kommt, zu ihrer Domäne gehören, und wenn auf Grund dieser Behauptung Forderungen aufgestellt werden, welche die legitimen Rechte anderer Zweige der Medicin aufs Bedenklichste beeinträchtigen, und einen berechtigten Sturm des Unwillens aus allen Kreisen unserer Wissenschaft gegen unsere Specialität als solche heraufbeschwören müssen, — dann ist die Zeit zu einem Worte ernstester Warnung gekommen und dieser Warnung sind die nächsten Zeilen gewidmet.

Welche Stellung auch immer einige Laryngologen sich persönlich errungen haben mögen, es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass unsere Specialität als solche keine populäre ist. Die seit fast 30 Jahren sich immer wiederholenden Kämpfe um eine selbstständige und würdige Stellung bei den internationalen Congressen, die Schwierigkeit, mit der wir nur ganz langsam und allmählich uns eine sehr bescheidene Position an Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen erworben haben, können auch dem optimistischsten Laryngologen keine Illusion über diese Thatsache gelassen haben. Die Heidelberger und Greifswalder Vorgänge im letzten Jahre, die Schilderung, die das British Medical Journal ungefähr gleichzeitig von den gegenwärtigen Zuständen in England entworfen hat, und die in der Januarnummer des Centralblatts wiedergegeben ist, müssen auch dem Vertrauensseligsten gezeigt haben, wie unsicher die Stellung der Laryngologie selbst an den Plätzen ist, wo sie seit vielen Jahren völlig gefestigt erschien. Die neuerliche Agitation für die „Verschmelzung" der Laryngologie mit der Otologie hat — endlich! — wie die verschiedenen Publikationen über diese Frage zeigen, auch in weiteren Kreisen zu derjenigen Beunruhigung über die weitere Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Specialität geführt, die Fernersehende schon seit lange empfunden haben, deren Warnungsrufe aber stets mit ungläubigem Lächeln aufgenommen worden waren. —

Und diesen Zeitpunkt halten die Heisssporne in unserem Lager für den geeigneten, um mit Forderungen hervorzutreten, die den ganzen Charakter unserer Specialität von Grund aus verändern, die in rücksichtslosester Weise den Besitz anderer Zweige der Medicin bedrohen, die uns

dass es sich bei der ganzen Frage darum handelt, wie der Ophthalmolog ein Einkommen erzielen könne, und räth ihm, falls er nicht von den Erträgnissen seiner augenärztlichen Praxis existiren könne, lieber die Oto-Rhino-Laryngologie mit hinzuzunehmen, statt in der allgemeinen Medicin „herumzudilettantiren", da er in letzterem Falle nicht auf Unterstützung seiner ärztlichen Collegen rechnen könne. Also vollständig der Standpunkt, der in unserem eigenen Artikel eingenommen ist! —

die Sympathieen auch unserer Freunde entfremden müssen, während sie den Gegnern Waffen gefährlichster Art in die Hände geben! — Kann selbstmörderische Verblendung weiter gehen? — Als wir im vorigen Jahre hörten, dass der Grund der beharrlichen Opposition der Heidelberger Facultät gegen jede gedeihliche Entwicklung der Laryngologie an der dortigen Universität der gewesen sei, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe, und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde“, da waren wir alle — und derzeit anscheinend mit gutem Recht — entrüstet über die Engherzigkeit, welche aus dieser Begründung zu sprechen schien. Wer von uns aber — Hand auf's Herz — wird Angesichts des obigen Programms (das, wie wir hier noch einmal auf Grund positiven Wissens hervorheben, nicht die Träume eines vereinzelten Enthusiasten, sondern die Ziele einer ganzen Anzahl von Specialisten darstellt) den Vorwurf der Engherzigkeit aufrecht zu erhalten wagen? — Haben nicht vielmehr die Herren von der Heidelberger Facultät nunmehr ein gutes Recht, zu sagen, dass sie die eigentlichen, früher nicht eingestandenen, jetzt aber öffentlich proklamierten Ziele der Laryngologie früher erkannt hätten, als die gemässigten Laryngologen selbst: dass sie nach dem Grundsatze „Principiis obsta“ verfahren hätten; dass es ihre Pflicht gewesen sei, die ihnen anvertrauten klinischen Institute gegen die Uebergriffe des Specialistenthums zu schützen? —

Und ferner: sehen denn diejenigen, welche so unbedachte Forderungen aufstellen, die mit Nothwendigkeit einen grossen und einflussreichen Theil des ärztlichen Standes gegen uns aufbringen müssen, nicht ein, dass sie die geduldigen und wahrlich nicht erfolglosen Bestrebungen jener zunichte machen, die seit vielen Jahren an der Hebung der Stellung der Laryngologie gearbeitet haben? — Wenn künftighin selbst die legitimsten Wünsche behufs Verbesserung unserer Stellung an den Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen vorgebracht werden, so wird ihnen naturgemäss Misstrauen entgegen getragen werden, und die maassgebenden Körperschaften werden sich ihnen resolut widersetzen, da sie in ihnen nur Anfänge zu weiteren Forderungen sehen dürften. Der praktische Arzt, der Chirurg, der innere Kliniker, der Ophthalmologe, der Zahnarzt, in deren praktische Thätigkeit die neuen Forderungen so rücksichtslos eingreifen, wird sich besinnen, ob er seine Kranken in einschlägigen Fällen einem Manne anvertrauen soll, der sich zwar noch Specialist nennt, in Wirklichkeit aber nicht mehr ein solcher ist. — Und welche Stellung soll denn der Vertreter der neuen Disciplin im Lehrfach einnehmen? Soll er auch über die „Adnexa“ und die „Complicationen“ vortragen, über die Exstirpation der Schilddrüse, die neuroplastischen Operationen am Facialis, die Punktion des Wirbelcanals, die Fracturen der Kiefer, die Chirurgie der

Orbita, die Hasenscharten, die paradentären Cysten etc. etc. lesen, und dabei auf Schritt und Tritt in das legitime Gebiet des einen oder anderen Collegen übergreifen? — Kann man wirklich glauben, dass die Betroffenen sich das ruhig gefallen lassen, dass sie nicht Repressivmassregeln ergreifen werden? — Kurzum, es ist der sich hier aufdrängenden Fragen wichtigster Natur kein Ende. Das Ergebniss von dem allen kann nur das sein, dass das für das Gedeihen jeder Specialität unerlässliche collegiale Verhältniss, Virchow's „gegenseitige Unterstützung" der einzelnen Fächer aufhört, und dass der Kampf aller gegen alle beginnt!

Fürwahr es ist Zeit, dass die Laryngologie sich auf sich selbst besinnt. Die Situation spitzt sich immer mehr zu der Alternative zu: Fortfahren in den natürlich entstandenen, bewährten Bahnen mit Fortschritt entlang den Linien, welche sich aus der Weiterentwicklung der speciellen Technik ergeben, mit freiwilliger Selbstbeschränkung auf das wirkliche Gebiet der Rhino-Laryngologie, mit harmonischem Zusammenarbeiten mit anderen Zweigen der Medicin, und mit entschiedenster Vertheidigung der Selbstständigkeit unserer Specialität, oder — „Verschmelzung" mit der Otologie (resp. „Angliederung" an dieselbe) dann, in absehbarer Zeit, Versuche, alles was in näherem oder entfernterem Zusammenhange mit unserem Fache steht, an uns zu reissen, immer zunehmende Entfremdung zwischen uns und den Autoritäten der Gesammtmedicin, und immer grössere Entfernung von dem Charakter einer legitimen medicinischen Specialität. — Die Wahl, dächten wir, sollte nicht zweifelhaft sein. Aber wir stehen am Scheidewege.

---

## III. Die Thätigkeit des Centralblattes im ersten Vierteljahrhundert seiner Existenz.

Das Centralblatt stellte sich bei seiner Gründung die Aufgabe, „einen Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie" zu bilden. Es wollte es „dem beschäftigten Kehlkopfarzte ermöglichen, sich mit den neuesten Fortschritten unserer Wissenschaft vertraut zu erhalten" und „den Specialisten selbst Gelegenheit zum Meinungsaustausch untereinander geben."

Wie weit ihm dies gelungen ist, soll der folgende Bericht zeigen, der in kurzen Zügen zunächst die wissenschaftliche, dann die socialpolitische Thätigkeit des Blattes Revue passiren lassen, und sich schliesslich mit seinem Schmerzenskinde, dem „Briefkasten" beschäftigen wird.

### 1. Die wissenschaftliche Thätigkeit des Centralblatts.

Das Centralblatt hat in den 25 Jahren seiner Existenz 45935 Referate über kürzere, in Zeitschriften veröffentlichte oder in Versammlungen zur Kenntniss gebrachte Arbeiten gebracht.

Während derselben Zeit sind 329 Lehrbücher, Monographien und grössere Aufsätze kritischen Besprechungen unterzogen worden, die — wie im Prospect des Unternehmens versprochen — nicht nur aus den Federn der ständigen Mitarbeiter stammen, sondern zum grossen Theile von anerkannten Führern aller Länder, die nicht zu dem regelmässigen Stabe des Blattes gehören, mit dankbarst anzuerkennender Bereitwilligkeit übernommen worden sind.

Die Sitzungen laryngologischer Congresse und Sectionen sind, wann immer dies angängig war, von den betreffenden Präsidenten oder Secretären referirt worden, um authentische Berichte zu ermöglichen. Auch diesen Herren gebührt unser bester Dank. — Die Gesammtzahl der Congresse — abgesehen von den internationalen medicinischen Congressen, über deren laryngologische Sectionen mit besonderer Ausführlichkeit berichtet worden ist — Gesellschaften, Sectionen, speciellen Zusammenkünfte etc., auf die sich unsere Berichte erstreckt haben, beträgt 36.

Im Beginne jedes Jahrganges ist ein statistischer Bericht über die rhinolaryngologische Literatur des Vorjahres gegeben worden, der die Theilnahme der einzelnen Länder an der Gesammtproduction illustrirt und interessante Streiflichter auf die Fragen geworfen hat, die zur Zeit im Vordergrunde der Arbeit unserer Specialität standen.

Den in dem verflossenen Vierteljahrhundert verstorbenen Fachgenossen sind, soweit uns bezügliche Information zugängig war, ausführliche oder kürzere Nekrologe gewidmet worden. Der Namen von Louis Elsberg, Ernst Burow, Edouard Fournié, A. Böcker, W. Hack, Rafael Ariza, Rud. Voltolini, Z. Jélenffy, P. O. Michelson, Morell Mackenzie, Franklin Hooper, Johann Schnitzler, Jacob Gottstein, Wilhelm Meyer, Ch. Fauvel, George Johnson, G. Levin, M. I. Oertel, Joseph Michael, Joseph O'Dwyer, A. Kanthack, Carl Stoerk, Max Schaeffer, A. Gonguenheim, Hugo v. Ziemssen, F. Semeleder, C. Gerhardt, Morris Asch, Philip Smyly, Otto Beschorner, Franz Riegel, Philipp Schech, J. A. Killian, W. Spencer Watson, Ottomar Rosenbach, E. Urunuela, Moritz Schmidt, A. v. Tobold, Leopold v. Schroetter und von den nicht zur engeren Laryngologie gehörenden, aber um dieselbe hochverdienten Rudolf Virchow, Eugen Hahn, A. G. Guye, Joh. v. Mikulicz, E. v. Bergmann, und vor allen: des Vaters der Laryngologie, unseres unvergesslichen Manuel Garcia — muss hier dankbar und trauernd gedacht werden. Sie alle haben zur Entwicklung der Laryngologie Wesentliches, viele von ihnen Massgebendes beigetragen. Es ziemt sich, dass bei einer Gelegenheit, wie der gegenwärtigen, die Erinnerung an ihr Wirken bei den Lebenden erneuert wird. —

Abgesehen von seiner ständigen Thätigkeit hat das Centralblatt periodisch wissenschaftliche Fragen von actuellem Interesse in den Kreis seiner Thätigkeit gezogen.

Der wichtigste Beitrag, den es in dieser Beziehung geleistet hat, ist die internationale Sammelforschung, die es im Jahre 1887 zur Lösung der Frage unternahm, ob thatsächlich, wie damals behauptet wurde, gutartige Kehlkopfgeschwülste nicht selten einen bösartigen Charakter in Folge des durch intralaryngeale Entfernungsversuche gesetzten Reizes annehmen. Dank der Unterstützung, welche uns von 105 der hervorragendsten Laryngologen der Welt durch Mittheilung ihrer einschlägigen Erfahrungen zu Theil wurde, konnte diese Frage auf Grund eines grossartigen Materials und kritischer Sichtung desselben mit voller Bestimmtheit verneinend beantwortet werden. Neben ihrem Hauptzweck förderte die Sammelforschung eine Fülle lehrreichster Ergebnisse bezüglich der Symptome, Diagnose, Pathologie und Therapie des Kehlkopfkrebses zu Tage, welche von dauerndem Werth für die Erkennung und Behandlung dieser Krankheit geblieben sind.

Von anderen wissenschaftlichen Fragen, welche Gegenstand ausführlicher Erörterungen gewesen sind, seien genannt: „Ueber die Titel laryngologischer und rhinologischer Publicationen“ (1884). „Die Krankheit Kaiser Friedrich's III. und die Laryngologie“ (1888). „Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs“ (1890). „Das Tuberculin in der Laryngologie“ (1891). „Der Unterricht in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“ (1892). „Literarische Ethik“ (1894). „Die anatomische Nomenclatur“ (1895). „Die Königliche Universitätsklinik und -poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“ (1901). „Die Beziehungen der Laryngologie zur Gesammtmedicin“ (1903). „Was leistet die heutige Laryngologie?“ (1903). „Ueber die Beziehungen von Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften“ (1904). „Ueber die Urheberschaft der Laryngoskopie“ (1906). „Die rhino-laryngologische Ausstellung zu Ehren von B. Fränkel's 70. Geburtstag“ (1907). „Die Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten“ (1908). — Ausserdem sind verschiedene Aufsätze veröffentlicht worden, die gemischt-wissenschaftlichen und socialpolitischen Inhalts waren, bei denen aber das letztgenannte Element das wichtigere war. Dieselben sollen daher im nächsten Abschnitt Erwähnung finden.

### 2. Die socialpolitische Thätigkeit des Centralblatts.

Im Prospect des Centralblatts wurde es als eine der ersten Aufgaben des Unternehmens bezeichnet, den Lesern in einer Serie von Leitartikeln ein möglichst objectives Bild von der Stellung, welche die Laryngologie

im Jahre 1884 in den verschiedenen grossen Culturländern einnahm, zu geben. Diese Aufgabe wurde in den Jahren 1884—87 erfüllt, und die Summe der verschiedenen, aus competenten Federn stammenden Berichte in dem Leitartikel der Augustnummer 1887 „Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie“ gezogen. Wenn heute — wie dies gar nicht unwahrscheinlich ist — der Vorwurf der Schwarzseherei gegen uns erhoben werden sollte, so brauchen wir nur auf diesen Artikel zu verweisen. Er zeigt, dass wir schon damals, vor 22 Jahren, die Gefahren, welche der Entwicklung der Laryngologie drohten, klar erkannt haben. Diese Gefahren haben sich seither verwirklicht. — Belehrenden Aufschluss über die äusseren Veränderungen, die in der Stellung der Laryngologie bei den einzelnen Nationalitäten zwischen 1884 und 1908 vor sich gegangen sind, giebt ein Vergleich der früheren Schilderungen mit dem im vorigen Jahre im Centralblatt veröffentlichten, bereits erwähnten Artikel aus der Feder des Collegen Sendziak.

Kaum zwei Jahre nach der Gründung des Centralblattes wurde es unsere unliebsame Pflicht, gegen die Willkürlichkeit Verwahrung einzulegen, mit welcher die Laryngologie gelegentlich des internationalen Congresses in Washington behandelt wurde. Dies war nur der Anfang eines periodisch wiederkehrenden Kampfes um die Selbstständigkeit und würdige Stellung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten. Nur in Berlin (1890) und in Budapest (1909) wurde uns eine solche Stellung widerstandslos bewilligt; bei allen anderen internationalen Congressen galt es, unsere Position immer von Neuem wieder, nicht selten gegen erbitterten Widerstand, zu erringen. In allen diesen Kämpfen hat das Centralblatt, unterstützt von hervorragenden Laryngologen und laryngologischen Gesellschaften aller Länder, sowie später auch von einflussreichen nichtspecialistischen Fachgenossen und medicinischen Journalen die Fahne der Laryngologie hochgehalten und fast ausnahmslos zum Siege geführt. Bei der einzigen Gelegenheit (Lissabon 1906), bei welcher sich die localen Autoritäten hartnäckig unseren Gründen verschlossen, errangen sie nur einen Pyrrhussieg. Die Laryngologen enthielten sich der Theilnahme an einem Congresse, bei dem ihnen keine würdige Stellung eingeräumt wurde, und die für sie bestimmte „Subsection“ war ein vollständiges Fiasco.

Aus dem immer wiederholten Drängen der Congressautoritäten auf die Verschmelzung der Laryngologie mit der Otiatrie bei diesen Gelegenheiten, und aus der in der Praxis immer häufiger werdenden Vereinigung der beiden Specialitäten in denselben Händen erwuchs nun allmählich das Bestreben, beide auch wissenschaftlich miteinander zu verbinden, so gering die wissenschaftlichen Grundlagen auch waren, auf welche sich diese Forderung stützte. Das Centralblatt sah die aus diesem Bestreben für die

Selbstständigkeit der Laryngologie erwachsene Gefahr schon lange voraus und bekämpfte sie, ehe es in dieser Frage zu der gegenwärtigen allgemeinen Discussion kam. Schon vor 10 Jahren wurde die Frage der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten eingehend besprochen (Centralblatt 1899, Juni, Juli, August) und der Standpunkt vertreten, den wir auch heute noch einnehmen und der in den Ausführungen des gegenwärtigen Artikels gipfelt. — Im Verfolg der Anregung, welche die Leitartikel des Jahres 1899 gaben, nahm die Mehrzahl der damals existirenden laryngologischen und otologischen Gesellschaften Stellung zu der Frage, und die fast einstimmige Ansicht derselben ging damals dahin, dass es „den Interessen beider Specialitäten am besten entspräche, wenn dieselben auch weiterhin in Gestalt voller, unabhängiger, voneinander getrennter Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen vertreten sind.“ (Centralblatt, Juli 1900.)

Aber hierbei blieb die Frage nicht ruhen. Im Jahre 1905 hatten sich die Ansichten der Specialisten mehrerer Länder geändert; es kam zur offenen Spaltung zwischen den Anhängern der weiteren getrennten Existenz und der Verschmelzung beider Sectionen. In einer Serie von Leitartikeln, betitelt: „Internationale laryngologische Zusammenkünfte“ (Juni, Juli, October 1905) und in Gestalt des Abdrucks von B. Fränkel's in der ersten Sitzung der neubegründeten Deutschen laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Rede: „Die Zukunft der Laryngologie“ (October 1905) kam das Centralblatt auf die immer brennendere Frage der gegenseitigen Beziehungen beider Specialitäten zurück und legte von neuem die Uebelstände dar, die sich mit Sicherheit aus einer Verschmelzung beider Specialitäten bei den internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten ergeben würden. Der Wirrwarr zu jener Zeit war auf seinem Höhepunkte angelangt und die thörichte Hartnäckigkeit des Lissaboners Comités, die es den Laryngologen unmöglich machte, an dem dortigen internationalen Congresse Theil zu nehmen, zwang auch diejenigen, die bis dahin aufs Wärmste für das Festhalten unserer Specialität an den allgemeinen internationalen Congressen eingetreten waren, in Zukunft die Abhaltung internationaler Specialcongresse in Aussicht zu nehmen.

Der erste derselben hat im vorigen Jahre im Anschluss an die Türck-Czermakfeier stattgefunden und ist von glänzendem Erfolge gekrönt gewesen. Aber auch in ihn sind die Schatten der drohenden Vergewaltigung der Laryngologie seitens der Otologie gefallen, wie aus den Artikeln des Centralblattes: „Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress“ (Juli u. August 1908), und aus dem Abdruck der Juraszschen Rede: „Die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse“ (August 1908) erhellt.

Kurz darauf fiel thatsächlich der erste Schlag. Die Universität Heidelberg, eine der anscheinend sichersten Vesten der Laryngologie, gliederte bei dem Abgang des bisherigen Vertreters dieser Wissenschaft von seinem dortigen Posten die seit über 30 Jahren selbständig bestandene laryngologische Klinik der otologischen an, und übertrug die Leitung des combinirten Instituts dem bisherigen Vorstand der otologischen Klinik. Was die gesammte Laryngologie bei dieser Entwicklung der Dinge empfand, ist im Leitartikel des Centralblattes: „Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg" (October 1908) gesagt worden.

Bald nachher erweckte die Ertheilung des Lehrauftrags für Laryngologie an der Universität Greifswald an einen Otologen neue Besorgniss. Inzwischen waren hauptsächlich von den Herren Passow, Barth und Kümmel direkte Vorschläge zur definitiven Verschmelzung der beiden Specialitäten gemacht worden, denen B. Fränkel, Chiari, P. Heymann, Bloch, Lucae durchaus ablehnend entgegengetreten sind.

Glücklicher Weise waren es nicht ausschliesslich so unerfreuliche Verhältnisse, wie die im letzten Abschnitt besprochenen, mit denen sich die socialpolitische Thätigkeit des Centralblattes zu beschäftigen hatte. Von kleineren Dingen abgesehen, war es besonders die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, zu der es nach dem Hinscheiden des verdienten Mannes im Jahre 1895 anregte, und dessen Enthüllung am 25. Oktober 1898 erfolgte, sowie die unvergessliche Feier des 100 jährigen Geburtstages Manuel Garcia's am 17. März 1905, die seiner Initiative ihren Ursprung verdanken, und deren glänzender Erfolg auf socialpolitischem, ebenso wie der Erfolg der „Sammelforschung" auf wissenschaftlichem Gebiete zu den unvergesslichen Erinnerungen unseres Blattes gehören.

### 3. Der „Briefkasten" des Centralblattes.

Wir haben oben den Briefkasten das „Schmerzenskind" des Centralblattes genannt. Wenn man unter dieser Bezeichnung das Scheitern einer Lieblingsidee verstehen will, auf die man grosse Hoffnungen gesetzt und die man ausdauernd, aber erfolgslos zu verwirklichen gesucht hat, so trifft sie auf unseren Briefkasten zu. Dem Wortlaut des Prospekts zufolge sollten „in einem „Briefkasten der Redaktion", welcher nach Art der grossen englischen medicinischen Blätter geleitet werden soll, interessante Personalien, wissenschaftliche und praktische Anfragen, Bitten an die Collegen um Gewährung von Material zu grösseren statistischen Arbeiten, Vorschläge zur Prüfung neuer Mittel und Methoden, individuelle Ansichten über Tagesfragen etc. ihren natürlichsten Ausdruck und die schnellste und allgemeinste Verbreitung finden".

Zur Zeit der Gründung des Centralblatts fehlte es gänzlich an einem

solchen Mittelpunkt für Meinungsaustausch. Es schien nicht unvernünftig, zu erwarten, dass gerade dieser Punkt unseres Programmes von den Laryngologen aller Länder freudig begrüsst, und dass von der nunmehr dargebotenen Gelegenheit ein allgemeiner und immer häufigerer Gebrauch gemacht werden würde. Leider haben wir uns hierin getäuscht! —

25 Jahre sind ins Land gegangen, das Centralblatt hat sich — wie dies die im Anfange dieses Jahres ihm so gütig dargebrachte Anerkennung erwiesen hat —, in der That zu einem Mittelpunkt der Laryngologie aufgeschwungen; aber die Heranziehung der Leser zur öffentlichen, persönlichen Theilnahme an den Fragen, welche unsere Specialität bewegen, seien dieselben wissenschaftlicher oder socialpolitischer Natur, ist missglückt. — Immer wieder haben wir bei der redactionellen Besprechung von Tagesfragen, von denen man wusste, dass die Meinungen über sie innerhalb der Specialität selbst weit auseinandergingen, den Briefkasten zur Verfügung der Leser gestellt, haben bei Fragen, in denen der redactionelle Artikel eine besondere Ansicht vertrat, direct darum gebeten, dass die Anhänger abweichender Anschauungen dieselben im Briefkasten zum Vortrage bringen sollten. Wie selten ist das aber geschehen!

Es ist von jeher das Unglück des ärztlichen Standes gewesen, dass derselbe kein richtiges Bewusstsein für die Stärke vereinten Vorgehens gehabt hat, dass der Einzelne den wichtigsten Standes- und Tagesfragen gegenüber entweder völlig gleichgültig geblieben ist, oder ihnen im besten Falle ein kühles akademisches Interesse hat zu Theil werden lassen. Die Laryngologen haben diese allgemeine Erfahrung leider auch in ihrer Sphäre bestätigt, sind der Meinung gewesen, dass, wenn immer wieder Standesfragen wichtigster Art ihnen vorgelegt wurden, dieselben eigentlich nur die „Herren Professoren" interessirten, haben offen dagegen rebellirt, wenn bei allgemeinen Zusammenkünften Fragen solcher Art überhaupt nur auf die Tagesordnung gesetzt und besprochen wurden. — So ist auch von der goldenen Gelegenheit, die ihnen im Briefkasten des Centralblatts geboten wurde: öffentliche Fragen durch Erörterungen des Für und Wider ihrer Lösung näher zu führen, im Verlaufe der bisherigen Existenz des Centralblatts leider nur sehr, sehr wenig Gebrauch gemacht worden. Ein paar Male haben wohl Collegen das Wort bei solchen Gelegenheiten ergriffen; im Ganzen aber hat der „Briefkasten" nicht entfernt die Bedeutung errungen, die bei der Gründung des Blattes für ihn erhofft wurde. Schliesslich hat sich seine Function mehr oder minder auf Mittheilung von Personalnachrichten, vorläufige Mittheilungen über Congresse u. dgl. beschränkt. Wir möchten dem innigen Wunsche Ausdruck verleihen, dass im zweiten Vierteljahrhundert der Existenz des Centralblatts die Nützlichkeit eines solchen Mittelpunkts für Aussprache unter den engeren Fach-

genossen besser erkannt werden möge, als dies im ersten der Fall gewesen ist! —

## IV. Die Aufgaben der Laryngologie für die nächste Zukunft.

Es wäre vermessen, ein definitives Programm für die wissenschaftliche Thätigkeit der Laryngologie in der Zukunft aufzustellen. Der Fortschritt einer Wissenschaft vollzieht sich nur theilweise in Gestalt ruhigen Ausbaus ihrer einzelnen Capitel. Oft genug eröffnen völlig unerwartete Entdeckungen und Erfindungen Fortschritte in Gebieten, an die früher niemand überhaupt gedacht hat. Gute Beispiele hiervon in unserer eigenen Sphäre im Laufe der letzten 25 Jahre sind die Einführung der localen Anästhetica und des Adrenalins, die Lehre von den Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, die Organotherapie, die Serumbehandlung, die Paraffinprothesen, die Entdeckung der Röntgenstrahlen, die directen Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Bronchien, den Oesophagus. An jede dieser Neuerungen hat sich lebhafte wissenschaftliche Arbeit und ungeahnte Entwicklung unseres Könnens angeschlossen. So wird es hoffentlich auch in der Zukunft gehen.

Wenn wir es überhaupt unternehmen, hier einige wenige Themata namhaft zu machen, in welchen weitere Untersuchungen geboten erscheinen, so geschieht dies nur aus dem Grunde, dass wir den ungeduldigen Jüngeren, welche das legitime Gebiet der Rhino-Laryngologie für eine mehr oder minder abgegraste Weide halten und nach Lorbeern in zu annectirenden Ländern streben, zu zeigen, wie viel noch auf unserem eigenen Felde zu thun bleibt, welch' reiche Ausbeute für wissenschaftlichen Ehrgeiz hier noch zu holen ist.

Beginnen wir mit der Nase, so ist die Skiagraphie der Nebenhöhlen ein eben erst erschlossenes Gebiet, die Therapie des Schnupfens, der Ozaena, des Heufiebers dankenswertheste Ojecte für praktische, die Pathologie der drei genannten Affectionen für wissenschaftliche Untersuchungen. Die Methoden der Operationen für die Empyeme der Nebenhöhlen sind nichts weniger als abgeschlossen.

Im Pharynx haben wir die acuten septischen Infectionen, die nach allen Richtungen hin weiteren Studiums bedürfen. Vor allen Dingen gilt dies von der Pneumococcusinfection des Halses, deren Kenntniss eben erst erschlossen ist, und die ein äusserst dankbares Gebiet für weitere Forschungen darstellt. Ebenso bedürfen die chronische Hyperplasie der Schleimhäute der oberen Luftwege, das Sclerom, die angioneurotischen Oedeme eingehenden weiteren Studiums. Dasselbe gilt von der Vincent'schen Angina, vom Pemphigus, vom Lichen planus. Dringend sind ferner weitere Untersuchungen

über die Wirksamkeit der verschiedenen Lichtarten (Sonnenlicht, Finsenlicht, ultraviolette Strahlen etc.) und über die Radiotherapie zu wünschen.

Im Kehlkopf und in den tieferen Luft- und Speisewegen haben uns die Killian'schen Methoden ein völlig neues Feld erschlossen, in dem noch viel Wichtiges zu finden sein wird. Die Methoden der Stenosenbehandlung sind durch die Einführung der Laryngostomie eben erst in ein neues Stadium getreten. Völlig unbekannt ist noch die Pathologie der chronischen infektiösen Entzündungen, die in seltenen Fällen das Bild eines infiltrirenden Kehlkopfcarcinoms vortäuschen. Im Gebiet der Nervenlehre des Kehlkopfs ist noch viel zu holen. So dankenswerth die fleissigen Arbeiten sind, die im Laufe der letzten 25 Jahre unsere Detailkenntnisse bereichert haben, so sind viele der wichtigsten anatomischen, physiologischen und pathologischen Fragen noch unerledigt. Wenn auch in den letzten Jahren das Zünglein der Wage sich entschieden zu Gunsten der Anschauung geneigt hat, dass der Ursprung der motorischen Kehlkopfnerven im Nucleus ambiguus des Vagus zu suchen ist, so ist doch diese Frage noch nicht vollständig befriedigend gelöst; völlig offen ist die Frage einseitiger corticaler Kehlkopflähmungen; ganz unbeantwortet die nach dem Grunde der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer bei organischen Lähmungen; die kürzlich von Neuem verfochtene Behauptung, dass die Kehlkopflähmungen bei der Tabes peripheren Ursprungs seien, bedarf gründlichster Nachprüfung. Auf den meisten dieser Gebiete hat sich seit einer Reihe von Jahren die Forschung mit Vorliebe auf experimentellem Grunde bewegt. Dringend ist zu wünschen, dass bei weiterer Untersuchung die klinische Beobachtung und vor allen Dingen, die pathologische Anatomie mehr zu ihrem Rechte kommen mögen! —

Die genannten sind nur einige wenige Beispiele, welche zeigen, wie viel noch in der legitimen Sphäre der Rhino-Laryngologie zu thun bleibt. Ihnen schliessen sich die zahllosen Fragen auf den sogenannten „Grenzgebieten" an, die seit einer Reihe von Jahren die Aufmerksamkeit der Laryngologen beschäftigt haben, und deren weitere Förderung das Ansehen der Laryngologie nur heben kann, so lange sich an unsere Ergebnisse nicht das Verlangen schliesst, dass alles, das mit der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf in irgend einer Verbindung ist, uns gehören soll. —

Dass abgesehen von den genannten zahllose Fragen auf unserem Gebiete existiren, deren Erforschung Gegenstand dankenswerthester Forschung bildet, beweist ein Blick auf die Titel zeitgenössischer Beiträge in den Specialorganen der verschiedensten Länder.

---

Wenden wir uns nunmehr zu einer Betrachtung unserer socialpolitischen Aufgaben für die nächste Zukunft, und erwägen wir zunächst die

augenblickliche Stellung der Laryngologie, so befinden wir uns gegenüber einer Situation seltsamster und schwierigster Art.

Seit fünfzig Jahren hat sich unsere Specialität wissenschaftlich in stetem Fortschritt entwickelt. Den ihr noch vor 25 Jahren verächtlich gemachten Vorwurf der Unbedeutendheit hat sie durch ungeahnte Fortschritte in ihrem Wissen und Können entkräftet. Statt aber dass diese Entwicklung ihr in der Gunst der Autoritäten genützt haben sollte, ist paradoxer Weise gerade das Gegentheil davon eingetreten! — Verweigerte man uns vor 25 Jahren das volle Bürgerrecht im Kreise der anerkannten Specialitäten, weil wir angeblich zu unbedeutend waren, so sucht man jetzt unsere legitime Entwicklung zu beschränken, weil man uns fürchtet! — Gleichzeitig hiermit sucht die Otologie, die an unserer wissenschaftlichen Entwicklung nur sehr geringfügigen Antheil genommen hat, uns zu absorbiren, wenn auch dieses Wort nicht für die vorgeschlagene Vereinigung gebraucht wird. Und während wir von zwei Seiten so in unserer Existenz bedroht sind, glaubt eine Anzahl von Heisssporne den Augenblick gekommen, um eine Ausdehnung für unsere Specialität zu fordern, die völlig ausserhalb der legitimen Sphäre derselben liegt, und mit Nothwendigkeit die Zahl unserer Gegner vermehren muss! — Ist ein grösserer Wirrwar denkbar? —

Es ist nicht leicht zu sehen, wie Besserung erzielt werden soll.

Aber der Versuch muss gemacht werden: die Sache verlohnt es! —

Das erste und nothwendigste erscheint uns, dass die Laryngologen selbst realisiren, wie die Sache steht, dass es sich um einen Kampf für unsere selbstständige Existenz handelt, dass es die Pflicht jedes Einzelnen ist, mitzukämpfen, nicht den Kampf einigen wenigen Führern zu überlassen, und sich mit dem Gedanken zu beruhigen, dass dieselben schon das Nöthige thun würden! — Mit dem Gedanken gehen die besten Sachen verloren! — Jetzt heisst es nicht: „jeder für sich, und Gott für uns alle“, sondern „Gott hilft denen, die sich selber helfen“!

Von einem allgemeinen internationalen Vorgehen erwarten wir nichts. Einmal sind, wie schon verschiedentlich in diesem Blatte auseinandergesetzt worden ist, die officiellen Verhältnisse in den verschiedenen Ländern zu verschieden, als dass ein Collectivschritt überhaupt denkbar wäre; zum andern gehen auch die Ansichten über die Räthlichkeit des getrennten Bestehenbleibens resp. der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie in den verschiedenen Ländern, wie dies die Verhandlungen bei Gelegenheit der Garciafeier gezeigt haben, zu weit auseinander, als dass auf eine internationale Zustimmung zu den Ansichten derjenigen zu rechnen wäre, welche die Weiterentwicklung der Laryngologie in ihren selbstständigen Bahnen wünschen.

Wohl aber bietet der bevorstehende internationale medicinische Congress zu Budapest eine sehr erwünschte Gelegenheit zur Aussprache über die internationale Seite der Frage der Zukunft der Laryngologie und andere Fragen von internationalem Interesse.

Dass von laryngologischer oder otologischer Seite ein ernsthafter Versuch gemacht werden wird, die laryngologischen und otologischen Sectionen der internationalen medicinischen Congresse mit einander bei späteren Congressen zu verschmelzen, ist nicht eben wahrscheinlich, wenn auch nicht ganz ausgeschlossen. Die Thatsache, dass durch eine solche Verschmelzung die Arbeitsleistung beider Sectionen mit Nothwendigkeit auf die Hälfte hinabgedrückt werden würde, bildet ein zu unwiderlegliches Argument, als dass selbst die Anhänger der Fusion warm für sie eintreten könnten. Dagegen wird es von grösster Wichtigkeit sein, dass, falls eine Abstimmung über die Frage stattfinden sollte, ob ein permanentes internationales Comité eingerichtet werden solle, das in Zukunft für eine grössere Continuität der internationalen Congresse zu sorgen hätte, als eine solche bisher bestanden hat (vergl. Centralblatt XXIV, p. 524), — die Laryngologen an der betreffenden Sitzung theilnehmen und für die Niedersetzung eines solchen Comités stimmen. Anderen Falles setzen sie sich der Möglichkeit aus, schon bei dem nächsten internationalen Congresse wieder dieselben demüthigenden Kämpfe um ihre Stellung durchmachen zu müssen, über welche wir seit fast 30 Jahren so unliebsame Erfahrungen gemacht haben! — Die Gleichberechtigung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit anderen anerkannten Specialitäten darf nicht weiterhin lokalen Zufälligkeiten oder der Willkür kleiner Tyrannen überlassen bleiben! —

Ebenso ist es dringend wünschenswerth, dass, wenn die Frage zur Abstimmung kommt, in welchen Zwischenräumen in Zukunft die internationalen medicinischen Congresse abgehalten werden sollen, die Laryngologen für den vierjährigen Turnus stimmen, da auf diese Weise ein befriedigender Modus vivendi zwischen den allgemeinen und den speciellen internationalen Congressen erzielt wird. Entschliessen sich nämlich die allgemeinen Congresse zu einem vierjährigen Turnus, so können wir einmal als besonderer Congress, einmal als Section des allgemeinen internationalen Congresses, alle zwei Jahre international tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bleibt ein freies Jahr (vergl. Centralblatt XXV, p. 49). — Von der Entscheidung dieser Frage wird es wiederum theilweise abhängen, wann der nächste internationale laryngologische Congress stattfinden soll[1]. So be-

1) Es ist hier der Platz zu der Bemerkung, dass der bisherige Herausgeber des Centralblattes beabsichtigt, bei seinem Rücktritt von der Theilnahme am activen Leben der Laryngologie die ihm im vorigen Jahre beim Wiener Congresse verliehene Ehrenstellung als Mitglied und Einberufer des damals niedergesetzten inter-



stimmt wir an unserer Ueberzeugung festhalten, dass den allseitigen Interessen am besten dadurch gedient wird, dass die Laryngologie in innigem Zusammenhange mit den allgemeinen Congressen bleibt, so macht es doch die Unsicherheit der gegenwärtigen Situation durchaus erforderlich, dass wir wenigstens einen sicheren Ankerpunkt inmitten des allgemeinen Wirrwars besitzen.

So wenig endlich eine officielle Beschlussfassung in der folgenden Frage denkbar ist, so wäre es doch sehr wünschenswerth, wenn gelegentlich unserer Budapester Zusammenkunft die Stimmen derjenigen ein wenig lauter erklängen, die sich im Privatverkehr deutlich genug über die immer zunehmende Vermehrung der Specialjournale beklagen, welche die schon jetzt übergrosse Zersplitterung vergrössert, die Redaktionen zwingt, alle mögliche Spreu zu veröffentlichen, die literarische Arbeitslast der Specialisten bedenklich vermehrt, ihnen immer grössere pekuniäre Opfer auferlegt. — Es ist eine delikate Aufgabe für ein älteres Specialjournal, diese Frage überhaupt zur Sprache zu bringen, da der Einwurf des Brotneids so nahe liegt. Wenn wir aber mit Sendziak (Centralblatt XXIV. p. 166) die Zahl der jetzt practicirenden Hals-, Nasen- und Ohrenärzte der Welt auf 5000 veranschlagen, und dieser Zahl die Thatsache gegenüberstellen, dass in diesem Augenblicke nicht weniger als 40 Specialjournale veröffentlicht werden, mit anderen Worten, dass ein Specialjournal auf je 125 Specialisten kommt, so reden, denken wir, diese Zahlen eine so deutliche Sprache, dass ihnen gegenüber jede Insinuation persönlicher Motive verstummen muss, und dass eine Warnung gegen weitere Zunahme eines so offenbaren Missstandes durchaus geboten ist.

Somit bietet sich eine ganze Anzahl von Fragen, die mit Vortheil im internationalen Kreise erörtert werden können. Die Hauptfrage aber, die noch der weiteren Gestaltung der Laryngologie, muss innerhalb der Grenzen jedes einzelnen Landes ausgefochten werden. Und hier erscheint uns als einziges, wirklich Erfolg versprechendes Mittel: gemeinsames Vorgehen derjenigen, die eine Entwicklung der Specialität in ihren alten Bahnen wünschen. Es ist ja bereits eine Anzahl von sehr beachtenswerthen Aufsätzen aus den Federn einzelner Führer erschienen. Dieselben haben die Gründe entwickelt, aus denen es wünschenswerth ist, der Laryngologie ihre Selbständigkeit zu erhalten, und haben die Gründe der Gegner widerlegt. Aber diese Aufsätze erreichen naturgemäss doch nur ein mehr oder

nationalen Comités für die Abhaltung weiterer laryngologischer Specialcongresse auf den derzeitigen officiellen Vertreter des Faches in Grossbritannien, den Präsidenten der laryngologischen Section der Royal Society of Medicine zu London, Dr. Dundas Grant, zu übertragen. Erhebt sich kein Widerspruch, so wird er annehmen, dass diese Absicht allgemeine Zustimmung gefunden hat.



minder beschränktes Publikum. Vor allem ist keine Sicherheit geboten, dass sie überhaupt denjenigen zu Augen kommen, bei denen in letzter Linie die Entscheidung über die zukünftige Gestaltung der Laryngologie liegt, d. h. den einschlägigen Ministerialbehörden und den Fakultäten. Es ist durchaus nothwendig, dass diesen beiden Autoritäten eine klare Einsicht in die Sachlage geboten wird. Wenn sie sehen, dass sich in diesem Augenblicke zwei Richtungen gegenüber stehen, von denen die eine das Ziel der Laryngologie in einem Fortschreiten in den alten Bahnen und im harmonischen Zusammenarbeiten mit den anderen Zweigen der Medicin erblickt, während die andere zunächst auf „Angliederung“ der Laryngologie an die Otologie, dann aber auf ungemessene Ausdehnung beider und Usurpation aller möglicher mit der Nase, dem Hals und dem Ohr in irgend welchem Zusammenhange stehender Gebiete drängt, so kann es, unseres Erachtens, nicht zweifelhaft sein, dass die erstgenannte Richtung sich grösserer Sympathien zu erfreuen haben wird, als die zweite.

Unser Rath geht also dahin, dass sich in den bedrohten Ländern die officiellen Vertreter und Docenten der Laryngologie an den Universitäten ohne Verzug zusammenthun und den einschlägigen Behörden die Situation klar machen mögen, sei dies in Form einer Denkschrift, einer Deputation, einer Adresse einer laryngologischen Gesellschaft, oder einer Combination von mehreren von diesen Mitteln. In allen diesen Vorlagen sollte Nachdruck auf die bisherige Entwicklung und auf die hauptsächlichsten Leistungen der Rhino-Laryngologie gelegt und gezeigt werden, dass wissenschaftlich kein Vortheil, weit wahrscheinlicher das Gegentheil von einer Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie zu erwarten sei. Auch sollte mit Nachdruck auf die bisherige bedauerliche Bevorzugung der Otologen bei der Besetzung gemeinsamer Lehrstühle für Rhino-Laryngo-Otologie an kleineren Universitäten hingewiesen und die feste Hoffnung ausgesprochen werden, dass im Interesse gedeihlicher Weiterentwicklung der Laryngologie in Zukunft das Prinzip der Gleichberechtigung beider Specialitäten bei der Besetzung solcher Stellen befolgt werden würde. Ob daneben eine allgemeine Petition in gleichem Sinne der Laryngologen des betreffenden Landes angezeigt ist, muss dem Ermessen der Betreffenden überlassen bleiben. Eine Vorstellung, wie die vorgeschlagene, an die Facultäten ist um so dringender indicirt, als, wie wir aus guter Quelle erfahren, wenigstens an eine Facultät bereits ein Memorandum im gegentheiligen Sinne abgegangen ist. Es ist also Gefahr im Verzuge! —

Dass daneben jeder einzelne Laryngologe, der unsere Anschauungen theilt, die Pflicht hat, bei sich darbietender Gelegenheit einflussreiche Persönlichkeiten über die Sachlage aufzuklären, und dass er auf diese Weise unserer Sache äusserst nützliche Dienste erweisen kann, ist selbstverständ-

lich. Noch einmal wiederholen wir, dass nichts schädlicher ist, als die Vorstellung mancher nicht im Lehramt thätiger Laryngologen, dass die ganze in diesem Artikel behandelte Angelegenheit eigentlich nur eine „Professorenfrage“ sei, und die privaten Laryngologen nichts anginge. Auch sie würden es nur zu bald in ihrer ganzen Stellung merken, wenn die Laryngologie ihrer Selbständigkeit beraubt werden sollte!

Wir fordern somit zum energischsten Widerstande gegen die uns angedrohte Vergewaltigung auf der ganzen Linie auf, und wiederholen: Gott hilft denen, die sich selber helfen! —

## V. Ein Abschiedswort.

Es sei mir vergönnt, in diesem letzten Abschnitt ganz persönlich zu sprechen.

Wenn Männer in reiferen Jahren sich einer Bewegung entgegenstemmen, in der ein Theil der jüngeren Generation sein Heil sucht, so müssen sie darauf gefasst sein, als Reactionäre bezeichnet zu werden. Man spricht dann wohl von ihnen als „verdienten älteren Herren“, womit man höflich zu verstehen giebt, dass sie hinter dem Fortschritt der Zeit zurückgeblieben seien, und eigentlich in ein Museum für Fossilien gehörten.

Es sollte mich nicht wundern, wenn der vorstehende Aufsatz ähnlicher Kritik anheimfiele, und wenn mit bedauerndem Achselzucken erklärt würde, der Autor habe ja zur Zeit, als er selbst noch ein junger Mann gewesen sei, in den Reihen der Fortschrittler gefochten und habe einiges ganz Verdienstliches geleistet. Später aber, als er zu Amt und Würden gekommen sei, sei er verknöchert, sei nicht mehr im Stande gewesen, einer neuen Bewegung seine Sympathien entgegenzubringen, habe sich hartnäckig darauf versteift, dass es immer im alten ausgetretenen Geleise weiter gehen müsse, und bedrohe nunmehr diejenigen, welche trotz seiner Cassandrarufe auf der von ihnen als richtig erkannten Bahn weiterschritten, in langathmigen Artikeln mit allerhand nur in seiner Einbildung existirenden Consequenzen, wenn sie nicht von ihrem Thun abliessen. —

Von dieser ganzen Kritik würde ich nur den Vorwurf der Langathmigkeit als begründet anerkennen. Dieser Artikel ist mir in der That unter den Händen zu einer weit grösseren Länge angeschwollen als ich sie beabsichtigt hatte, und ich fürchte, dass diese Länge der von mir vertretenen Sache schaden mag, indem sie vielleicht manche Leser von einer aufmerksamen Lectüre abschreckt, während ich doch nicht sehe, wie ich Kürzungen vornehmen kann, ohne wichtige Dinge unbesprochen zu lassen. Die ganze Frage ist eben so umfangreich und bietet so viele verschiedene Gesichtspunkte dar, dass sie nicht in Kürze abgehandelt werden kann, und da es

das letzte Mal ist, dass ich als Herausgeber dieses Blattes zu meinen Lesern spreche, und in der That gern alles sagen wollte, was ich bezüglich ihrer auf dem Herzen habe, so wird man mir, wie ich hoffe, meine Ausführlichkeit vergeben.

Im Uebrigen aber würde mich eine Kritik, wie die obige, ganz kalt lassen, da ich mir bewusst bin, dass sie falsch ist.

Niemand kann sich klarer darüber sein, als ich es bin, dass die Wissenschaft niemals still steht, und niemand kann sich mehr darüber freuen, als ich es thue. Während meiner ganzen Laufbahn habe ich jeden wahren Fortschritt auf unserem Gebiete mit aufrichtiger Sympathie begrüsst und das meine dazu gethan, ihm die Pfade zu ebnen. Auch wenn ich mich aus der Arena zurückgezogen haben werde, wird nichts mir grössere Freude machen, als zu sehen, welche weitere Fortschritte unsere Specialität in wissenschaftlicher und socialpolitischer Beziehung macht. Es ist ein Zeichen von Senilität, wenn man glaubt, dass ein Abschluss wissenschaftlicher Forschung oder socialpolitischer Entwicklung in dem Augenblicke erfolgen muss, in dem man selbst aufhört, in der vorderen Reihe der Kämpfer zu stehen, und von solcher Senilität verspüre ich keine Zeichen an mir.

Aber andererseits habe ich lange genug in der Welt gelebt und Erfahrungen genug gesammelt, um gelernt zu haben, dass nicht Alles, was neu ist, nothwendiger Weise ein Fortschritt ist! — Wie wir heute über die Moden vergangener Jahrhunderte lächeln, die ohne Zweifel zu ihrer Zeit den „dernier cri“ repräsentirten, die wir aber gegenwärtig für geradezu ungeheuerlich halten; wie in unserer eigenen Zeit in der Musik, der Malerei, dem Drama Richtungen aufgetaucht sind, die mit glühendstem Enthusiasmus, mit dreistester Zuversicht als die einzig denkbare und wünschenswerthe Entwicklung der betreffenden Kunst angepriesen und der Welt verkündigt worden sind, die aber kühle Beobachter schon heute als sonderbare Auswüchse erkennen, die in der späteren Kunstgeschichte nur als Curiosa figuriren werden, — so giebt es auch in der Medicin blendende Irrlichter, die eine Zeit lang zuverlässige Leuchten vortäuschen, bis der Unvorsichtige, der ihnen blindlings gefolgt ist, erkennen muss, dass sie ihn in einen Sumpf gefährlichster Art geführt haben! — Ein solches Irrlicht ist meiner festen Ueberzeugung nach der falsche Ehrgeiz, der einen Theil der jüngeren Generation dazu antreibt, die breite Heerstrasse der legitimen Rhinolaryngologie, auf der wir besseres zu leisten vermögen als andere, zu verlassen, und auf Seitenpfaden danach zu streben, anderes im besten Falle ebenso gut zu thun, als andere, um schliesslich zu finden, dass wir in den Sumpf des Misstrauens und der Abneigung des ganzen ärztlichen Standes gerathen sind! —

Wohl weiss ich, dass selbst in diesem Falle die wissenschaftliche Laryngologie nicht zu Grunde gehen würde — das ist unmöglich —, aber das Ideal, das uns Aelteren von der Stellung unserer Specialität im Rahmen der medicinischen Wissenschaft vorschwebte, wäre zertrümmert und die sorgsame Arbeit vieler Jahre zu nichte gemacht! —

Ich scheide von der Laryngologie mit dem innigen Wunsche, dass es nicht hierzu kommen, und dass es ihr beschieden sein möge, in dem Sinne, in dem sie bisher gepflegt worden ist, fortzustreben, und schliesslich zu der ihr gebührenden Anerkennung zu gelangen!

Ich hoffe, dass es diesem Centralblatt gelingen möge, sich auch fernerhin des ihm bisher geschenkten Vertrauens würdig zu zeigen; ich bitte, meinem Nachfolger dasselbe Wohlwollen entgegenzubringen, das mir während der ganzen Zeit meiner Amtsführung und besonders bei Gelegenheit des 25jährigen Jubiläums des Blattes aus aller Welt in so überreichem Maasse zu Theil geworden ist; und ich danke schliesslich noch einmal von ganzem Herzen meinen lieben Mitarbeitern, unseren Lesern und unserem Verleger für ihre treue Mithülfe.

Felix Semon.

# Redactionelle Notiz.

Die Herren Mitarbeiter und Leser des Centralblatts werden darauf aufmerksam gemacht, dass vom 1. Juli ab sämmtliche für das Blatt bestimmte Mittheilungen an den neuen Herausgeber

**Herrn Dr. Georg Finder,**

**Berlin W.,**
**Nettelbeckstrasse 17.**

zu richten sind.

Der bisherige Herausgeber verlässt London im Laufe des Monats Juli und tritt im Herbst eine aussereuropäische Reise an, von der er erst im Juli 1910 nach England zurückzukehren beabsichtigt. Vom Juli 1909 bis zu seiner Rückkehr wird es ihm unmöglich sein, an ihn gerichtete Briefe zu beantworten, worauf er seine Herren Correspondenten besonders aufmerksam machen möchte.

Vom Juli 1910 an ist seine Adresse:

**Sir Felix Semon,**
**Rignall. Great Missenden. Bucks.**
**England.**

Druck von L. Schumacher in Berlin N, 24.

Semon's
# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Juli. 1909. No. 7.

## I. An unsere Leser!

Bei seinem Abschied von den Lesern des Centralblatts hat Sir Felix Semon einen Rückblick gehalten auf die Thätigkeit, die das Blatt unter seiner 25jährigen Leitung in wissenschaftlicher Beziehung wie im Kampf für die äussere Stellung der Laryngologie entwickelt hat; er hat das Facit aus dem bisherigen Werdegang des Faches gezogen, eine Ausschau in dessen Zukunft eröffnet und warnend auf die Gefahren hingewiesen, die diese Zukunft umdüstern. Wohl alle sind wir uns bei der Lectüre jenes Abschiedsartikels einig gewesen in dem Gefühl schmerzlichen Bedauerns, dass wir in Zukunft darauf verzichten sollen, von dieser Stelle aus das Wort Semon's bei jeder bedeutsamen Gelegenheit, in jeder kritischen Stunde zu hören. Waren wir doch ein Vierteljahrhundert lang gewohnt, ihn hier auf der Wacht zu sehen, toujours en vedette, stets bereit, mit dem ganzen Gewicht seiner Erfahrung und seines Ansehens, gerüstet mit den scharfgeschliffenen Waffen seiner Dialektik auf's Feld zu treten, wo immer die Interessen unseres Faches ihm gefährdet schienen. Was Semon in dem Kampf um Ansehen und Selbstständigkeit der Laryngologie geleistet hat, kann Jeder würdigen, der diesen ununterbrochenen und oft recht unerquicklichen Kampf aufmerksamen Auges verfolgt hat; welche Dienste er durch die Herausgabe des Centralblatts der Laryngologie in wissenschaftlicher Hinsicht erwiesen hat, wird Jeder bekunden, der bei literarischer Arbeit auf unserem Gebiete die 25 Bände des Centralblatts als ein fast unentbehrliches Hülfsmittel erprobt hat, ja überhaupt Jeder, der bestrebt ist, sich über Fortschritte und Leistungen der Laryngologie auf dem Laufenden zu erhalten. Welch unendliche Mühe, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit jedoch im Verein mit einem oft recht stattlichen Aufwand von Diplomatie und Takt Semon bei seiner Herausgeberthätigkeit entwickelte, das zu beurtheilen ist nur der im Stande, der selbst Jahre hindurch ihm bei dieser Thätigkeit zur Seite

stehen durfte. Der Grundsatz: „Minima non curat praetor“ hatte für ihn keine Geltung, sobald es sich um sein Centralblatt handelte; kein noch so unscheinbares Detail entging seiner Aufmerksamkeit, und die Briefe redactionellen Inhalts, die der Vielbeschäftigte im Laufe der Jahre Zeit fand, an mich zu richten, zählen fast nach Hunderten.

Freilich, alle aufgewandte Mühe und Arbeit hätten den Herausgeber nicht zu dem erstrebten Ziele geführt, hätte er sich nicht auf eine treffliche Schaar zuverlässiger und bewährter Mitarbeiter stützen können, von denen einige dem Blatt von seiner Gründung bis zum heutigen Tage in unwandelbarer Treue ihre Dienste geleistet haben. Dass es nicht nur die prominente Persönlichkeit Semon's, nicht nur seine weitverzweigten internationalen freundschaftlichen Beziehungen waren, durch die die Mitarbeiter an den Herausgeber gefesselt wurden, sondern dass in der That vor allem das reine Interesse für die Sache der Laryngologie sie zu ihrer mühevollen und dabei ganz uneigennützigen Thätigkeit verband, dafür spricht der Umstand, dass sie fast alle — bis auf ganz wenige, die sich aus persönlichen Gründen zum Rücktritt gezwungen sahen — zugesagt haben, auch unter dem neuen Herausgeber dem Blatt ihre werthvollen und erprobten Dienste weiter zu leisten. Diese Anhänglichkeit und Treue der alten Mitarbeiter ist natürlich für den neuen Herausgeber von unschätzbarem Werth; es ist ihm eine angenehme Pflicht, ihnen allen, die durch ihre Bereitwilligkeit ihm den Weg, den er schreiten will, so freundlich ebnen, auch an dieser Stelle herzlichst zu danken.

Als Sir Felix Semon in Uebereinstimmung mit dem Verleger mir das ehrende Anerbieten machte, nach seinem Rücktritt die Herausgabe des Centralblatts zu übernehmen, war ich mir der schwierigen Aufgabe wohl bewusst, Nachfolger eines Mannes zu werden, dessen blosser Name schon — weit über die Grenzen unseres Sonderfaches hinaus — eine werbende Kraft hat. Aber ich hätte das mir bezeugte Vertrauen durch „feiger Gedanken bängliches Schwanken“ schlecht gelohnt und so habe ich frischen Entschlusses den mir angetragenen Posten angenommen.

Wenn man nun füglich von einem neuen Herausgeber eine Art Programm erwartet, so glaube ich kein besseres proclamiren zu können, als die Worte, die heute vor 25 Jahren im Prospect zum ersten Heft des Centralblatts standen und die als Aufgabe des neubegründeten Unternehmens bezeichneten: „einen wahren Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie“ zu bilden, und ich glaube mich der Zustimmung aller unserer Leser versichert zu halten, wenn ich, ohne der Selbstständigkeit meiner Meinung Zwang anzuthun und ohne mich störrisch den Forderungen einer wirklich fortschreitenden Entwickelung zu verschliessen, verspreche, jene Aufgabe in dem Sinne des bisherigen Herausgebers aufzufassen und

das von ihm begründete Blatt in seinem Geiste weiter zu führen. Semon's Name bleibt in Zukunft auch äusserlich mit dem Titel des Centralblatts verbunden: das soll ein sichtbares Zeichen und eine Gewähr dafür bedeuten, dass wir das von ihm aufgestellte und mit so viel Mühen durchgeführte Programm als ein theures Vermächtniss hochhalten und pflegen wollen.

Georg Finder.

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **P. Hellat. Bemerkungen über den ersten internationalen Rhino-Laryngologen-Congress in Wien. (Wpetschatlenijo o perwom meshdunarod. sesde rinolaringologow k Wene.)** *Jeshemesjatschnik. p. 236. 1908.*

Vieles von dem hier Gesagten hat Sir Felix Semon bereits im Centralblatt niedergelegt.

AUTOREFERAT.

2) **Joseph C. Beck. Grenzen der oto-laryngologischen Praxis. (Limitations of oto-laryngologic practice.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Verf. vertritt die Ansicht, der Otolaryngologe solle sich nicht auf ein zu enges Thätigkeitsfeld beschränken, sondern auch die Chirurgie der Mundhöhle, des Gesichts, des Kopfes und äusseren Halses in seinen Bereich hineinbeziehen.

EMIL MAYER.

3) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems. VII. Peristaltik und Antiperistaltik. Mein Pech bei den Physiologen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

4) **Hennebert. Aortenaneurysma. (Anévrisme de l'aorte.)** *Journal médical de Bruxelles. No. 5. 1905.*

Im Cercle Médical von Brüssel, Sitzung vom 2. December 1904, spricht H. über ein Aortenaneurysma bei einem 59jährigen Mann, dessen einziges subjectives Symptom in Beschwerden bei leerem Schlucken bestand. Der Kehlkopf war um 2 cm von der Mittellinie verschoben; ausserdem bestand eine Vorwölbung des linken Sternalrandes und des Supraclaviculargegend mit Pulsationen in der Sternalgegend. Beide Radialpulse waren isochron: keine Ungleichheit der Pupillen, keine Recurrensparalyse. Die Diagnose „Aneurysma" ward durch die Radioskopie bestätigt.

PARMENTIER (BAYER).

5) **Geo. B. Wood. Bedeutung der oberen Luftwege für die Aetiologie cryptogenetischer Infectionen. (Importance of the upper respiratory tract in the etiology of cryptogenic infections.)** *Fourth annual report of the Henri Phipps Institute for the study, treatment and prevention of Tuberculosis. Februar 1906—Februar 1907.*

Die Arbeit, in der die Bedeutung der oberen Luftwege für die Entstehung kryptogener Infectionen, insbesondere der Pleuritis, erörtert wird, ist von grossem

Interesse. Nach Wood schliesst die anatomische Anordnung der cervicalen Lymphdrüsen mit seltenen Ausnahmen die Möglichkeit einer directen Infection von den Tonsillen zur Pleura aus.

LEFFERTS.

6) **J. A. Faught. Verlegung der oberen Luftwege und Deformation der Mundhöhle. (Upper respiratory obstruction and oral deformity.)** *Journal American Medical Association. 18. Januar 1908.*

Infolge der unklaren und sich widersprechenden Ansichten, die über den Zusammenhang zwischen Irregularitäten der Kieferform und Zahnanordnung einer- und Behinderung der Nasenathmung andererseits bestehen, hat Verf. sich veranlasst gesehen, eine Umfrage an verschiedene Autoritäten zu richten. Eine Analyse der eingelaufenen Antworten führt ihn zu dem Ergebniss, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle unregelmässige Zahnstellung mit behinderter Athmung vergesellschaftet, wenn nicht von dieser abhängig ist, und dass daher der Zahnarzt mit diesen Störungen vertraut sein muss. Dieser Behandlung der Zahnirregularität sollte Untersuchung und Behandlung von Nase und Rachen vorausgehen. Operationen, die den Zweck haben, mechanisch die respiratorische Capacität der Nase zu vermehren, sind practisch werthlos, so lange die Zwischenkiefernaht offen ist. Bevor man versucht, die Zahnstellung zu corrigiren, muss eine bestehende Nasenstenose durch Operation der sie eventuell bedingenden adenoiden Vegetationen oder Septumverbiegungen beseitigt werden.

LEFFERTS.

7) **Nicolai. Störungen des Gehörs und in den oberen Luftwegen bei Akromegalie. (Disturbi uditivi e delle prime vie del respiro in Acromegalia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. No. 2. 1908.*

Verf. theilt einen Fall von Akromegalie bei einer 49jährigen Frau mit, bei der im Pharynx sich eine Vergrösserung der Uvula und der Gaumenbögen fand; die hintere Rachenwand war vorgewölbt, als ob es sich um einen beginnenden Retropharyngealabscess handelte. Im Larynx fand sich Röthung und Verdickung der Stimmbänder. Eine zu constatirende Veränderung der Stimme erklärt Verf. nicht durch die Volumenszunahme des Larynx, sondern durch eine Verschiedenheit in der Entwicklung der Pars membranacea der Stimmbänder gegenüber der Pars cartilaginea derart, dass die Länge der ersteren bei der Patientin sich mehr der beim Mann, als bei der Frau beobachteten näherte.

FINDER.

8) **W. Ford Robertson** (Edinburgh). **Neue Untersuchungen über die Pathologie und Therapie der Paralyse und Tabes. (Recent investigations into the pathology and treatment of general Paralysis and Tabes.)** *Lancet. II. p. 1438. 1908.*

Verf., dessen ausgedehnte Untersuchungen über die obengenannten Krankheiten den Neurologen wohl besser bekannt sein dürften, als den Jüngern unserer Disciplin, giebt einen summarischen Ueberblick über die Ergebnisse seiner früheren Arbeiten und über den Stand der neuen Forschungen.

Er fand, dass Bacillen der diphtheroiden Gruppe in allen Fällen von vorgeschrittener Paralyse in den Geweben nachgewiesen werden können. Bei dieser Krankheit ist der hauptsächliche Sitz der Invasion der Nasenrachen und die Mund-

schleimhaut, bei der Tabes dagegen die Harn- und Geschlechtswege. Es wurde versucht, die Infection des Nasenrachens und der Mundhöhle durch locale Mittel aufzuhalten. Verf. benutzte mit gutem Erfolg eine 1 proc. Lösung von Merck-schem Perhydrol als Nasenspray und Mundwasser. Nebenbei erwähnt er, dass er diese Lösung sehr wirksam gegen Heufieber gefunden hat.

JAMES DONELAN.

9) **Cadiot** und **Mandoul. Emphysem der Augenlider beim Trompetenblasen. (Emphysème palpébral au cours d'une sonnerie de trompette.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 24. 1908.*

Bericht über 2 Beobachtungen. Im ersten Fall erklärte sich das Oedem des Augenlids durch das Vorhandensein einer Oberkieferfractur; im zweiten fehlt jede Erklärung.

BRINDEL.

10) **Mader** (München). **Zur Röntgenbehandlung maligner Neoplasmen der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Mittheilung eines Falles von Plattenepithelcarcinom des Hypopharynx, der kurze Zeit nach der Radicaloperation ein zusehends wachsendes Recidiv zeigte, das durch entsprechende Röntgenbehandlung mit der von M. angegebenen, in den Mund einzuführenden Kehlkopfröhre zum Schwinden gebracht wurde. Anschliessend Besprechung der Technik und Indicationsstellung, die sich mit der im Archiv für Laryngologie, Bd. 18, und auf dem Wiener internationalen Laryngologen-Congress vom Autor niedergelegten Anschauungen decken.

HECHT.

11) **J. K. Fletcher** (Chicago). **Zur Verbesserung der Technik bei Nasen- und Ohreperationen.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. Heft 12. 1908.*

Beschreibung und Abbildung einer „nach Art eines Locheisens construirten beweglichen Stanze", die die bisher gebräuchlichen Knochenzangen nach verschiedenen Richtungen hin übertrifft und bei Radicaloperationen der grösseren Nasen-Nebenhöhlen und des Ohres zweckmässige Verwendung findet. Eine zweite, nach dem gleichen Princip, jedoch schlanker und länger gebaute Zange ermöglicht auch ihre Verwendung bei der Krause'schen Kieferhöhlenoperation und zur Entfernung der vorderen Keilbeinhöhlenwand. H. Reiner in Wien liefert diese Zangen.

HECHT.

12) **G. Trautmann** (München). **Erfahrungen bei der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Pyocyanase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1909.*

Detaillirter Bericht über den Einfluss der Pyocyanase bei den verschiedenartigsten Erkrankungen obiger Gebiete, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

13) **Zitowitsch. Directe Untersuchung der oberen Athmungswege. (Prjamvo isledowanie werchanik dichetelnich putei.)** *Westnik uschn. gorl. nos. b. p. 209. 1909.*

Beschreibung der bekannten Untersuchungsmethoden.

P. HELLAT.



14) **H. Strebel** (München). **Neuere physikalische Methoden in der Hand des Laryngologen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 531. 1908.*

Verf. hebt die Verwendung des Lichts beim Pharynxkatarrh (s. a. Bd. 14, Heft 1 des Arch. f. Laryngol.), bei Ulcerationen aller Art: tuberculösen, luetischen, lupösen oder durch anderweitige Bakterienarten hervorgerufenen chronischen Geschwürsbildungen: Aphthen, Soor, Rhagaden, lobend hervor. Auch bei Ozaena seien gute Erfolge erzielt. Die Beseitigung der chronischen Entzündung des Stimmbandes mit Knotenbildung gelang mittels kurzer, vorsichtiger Bestrahlung durch Einleiten von Licht in den Kehlkopf selbst bei einer berühmten Sängerin, die vordem schon alles Mögliche zur Behebung ihres Leidens versucht hatte. Verf. weist ferner auf den Nutzen von protrahirten Einblasungen mittels reiner Luft, besser mit Sauerstoff allein oder in Verbindung von Ozon hin, ebenso auf die Zerstörung von pathologischen Geweben mit Hochfrequenzfunkenströmen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

15) **Morrison A. Cressy. Künstliche Beleuchtung für Laryngoskopie. (Artificial illuminants in Laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Das beste Beleuchtungsmittel ist das Sonnenlicht; ihm kommt am nächsten das Acetylenlicht.

EMIL MAYER.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **L. Detre** (Budapest). **Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre.** *Budapesti orvosi ujság. No. 21. 1908. Beilage: Közeg. és törv. orv. szemle. No. 2.*

Einzelne Individuen sind auch gegen solche Eiweisskörper empfindlich, welche bei normalen Individuen keine schädliche Wirkungen auslösen (Erdbeeren, Kuhmilch, Krebse etc.). Auf die wiederholte Einwirkung gewisser Eiweiss-Antigene erfolgt nicht die Abstumpfung der Empfindlichkeit, sondern die Empfindlichkeit des Organismus nimmt zu (Allergie von Pirquet, Anaphylaxe von Richet und Arthus). Die Pollantin-Intoleranz ist ihrem Wesen nach eine Intoleranz gegen Pferdeserum, in der Zukunft soll folglich eine andere Thierspecies zur Erzeugung des Serum gewählt werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

17) **A. A. Friedländer** (Frankfurt a. M.). **Zur Therapie des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1908.*

F. berichtet über einen 27jährigen sehr nervösen Patienten, der seit dem 11. Jahre an Heufieber leidet. Im Jahre 1907 gelang es ihm gleich bei Beginn der Erkrankung durch Hypnose die Schwere des Processes, besonders das meist hochgradige Asthma bedeutend einzudämmen. In diesem Jahre, in dem Patient erst längere Zeit nach dem ersten Anfall zur Behandlung kam, war es nicht mehr möglich, die Hypnose zur Anwendung zu bringen. Von all den neuerdings empfohlenen Mitteln wirkte das Rhinoculin und das Ritsert'sche Eupneuma am besten und promptesten. Autor weist darauf hin, dass bei ähnlichen Fällen „die Hypnose in der Weise zur Anwendung gebracht werden muss, dass sie auf eine Stärkung des Willens des Patienten Bedacht nimmt“.

HECHT.

18) **Menier. Die Behandlung von Heufieber. (The treatment of Hay Fever.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Verf. empfiehlt Inhalationen mit Menthol-Chloroformmischung, die 4 pCt. Chloroform enthält; wo excessive Secretion besteht, soll dabei noch ein Nasenspray mit einer Lösung von 1 : 2000 Adrenalin gebraucht werden. Für die Augen empfiehlt er Application eines Tropfens einer 2proc. Lösung von Eserinum sulfuricum oder Pilocarpinum nitric. Die asthmatische Form wird am besten behandelt mit Antispasmodicis.

LEFFERTS.

19) **Eugene S. Yonge. Die Behandlung von widerspenstigem Heufieber und Schnupfenparoxysmen mittelst Resection des Nasennerven. (The treatment of intractable hay fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.)** *Lancet. 13. Juni 1908.*

In verzweifelten Fällen von Heufieber, die auf die gewöhnlichen Behandlungsmethoden nicht reagiren, räth Verf. Resection eines Theils des Nasennerven, d. h. des nasalen Astes des Trigeminus auf beiden Seiten. Verf. giebt eine Beschreibung des Verfahrens, das darin besteht, den Nerven von der Orbita aus beim Durchtritt durch das Foramen ethmoidale anterius freizulegen und ein Stückchen von ihm zu reseciren.

ADOLPH BRONNER.

20) **Ralph Grace. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of Hay Fever.)** *Therapeutic Gazette. 15. August 1908.*

Verf. fand bei Prüfung verschiedener Silberpräparate eines derselben sehr wirksam: das Nargol (Silbernucleid), das jeden dritten Tag in 2proc. Lösung local applicirt wird. Bei sehr empfindlichen Patienten wird die Schleimhaut vorher mit 10proc. Cocainlösung bestrichen. Unmittelbar nach der Application erfolgt schnell Congestion und Thränen. Hat nach den ersten Applicationen die Empfindlichkeit abgenommen, so wird ein etwas stärkerer mit Nargol getränkter Wattebausch möglichst weit nach oben geschoben und bleibt dort 10—15 Minuten lang liegen. Verf. will mit dieser Behandlung auch in den ältesten und hartnäckigsten Fällen zum Ziele gelangt sein, ohne dass eine andere Behandlung dabei angewandt wurde.

EMIL MAYER.

21) **Otto J. Stein. Einige Beobachtungen über hyperästhetische Rhinitis (Heufieber) nebst Rathschlägen für deren rationelle Behandlung. (Some observations on hyperesthetic rhinitis [Hay Fever] with suggestions for its rational treatment.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Es werden intraneurale Alkoholinjectionen in den Nasennerven an der Stelle seines Eintritts in die Nase empfohlen. Es geschieht dies, indem Nadeln von geeigneter Länge und Krümmung in der Nachbarschaft des Nerven, wo er in die Nase eintritt, eingestochen werden, und zwar muss die Nadel ca. 6,5 cm lang sein. Die Einstichstelle ist im vorderen oberen Winkel der Nasenhöhle gegen die Innenfläche des Nasenbeins, nahe dessen distalem Ende. Die hinteren Nervenverzweigungen werden durch eine 8,25 cm lange, an ihrem Ende um 45° gebogene Nadel getroffen. Diese wird in die Nähe des Foramen sphenopalatinum eingestochen, das sich gerade oberhalb und nach aussen von dem hinteren Ende der mittleren

Muschel befindet. Auf jeder Seite sind hier Injectionen erforderlich, zwei für die vorderen und zwei für die hinteren Nervenverzweigungen. Für jede Injection sind ein paar Tropfen absoluten oder verdünnten Alkohols erforderlich. Sie müssen während der Heufiebersaison 1—4 mal nach den Beobachtungen des Verf.'s gemacht werden. Die Mittheilung wird wegen des geringen Materials, an dem bisher diese Behandlung erprobt werden konnte, als vorläufige bezeichnet.

EMIL MAYER.

22) **P. Cornet** (Paris). **Spastische Coryza und Auto-Intoxicationen. (Coryza spasmodique et auto-intoxications.)** *Presse médicale. 16. Januar 1909.*

Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine Erscheinung der neuro-arthritischen Diathese mit Congestionszuständen handelt, dass aber hauptsächlich die bei dieser Diathese gewöhnlichen Darmstörungen die Nasensymptome hervorrufen. Er findet die Reflextheorie nicht ausreichend für deren Erklärung und sucht diese Erklärung in der Annahme einer Intoxication. Er nimmt an, dass von der Nasenschleimhaut die gastro-intestinalen Toxine ausgeschieden werden, so wie sie z. B. das Jodkali ausscheidet. Es besteht ein Zustand der habituellen Ueberreizung der Schleimhaut, die veranlasst und unterhalten wird durch diese Excretion von Toxinen; daher kann ein Schnupfenparoxysmus durch die Einathmung von Staub ausgelöst werden. Die Behandlung besteht vor allem in angemessenem Regime und local in tiefen galvanokaustischen Furchungen.

GONTIER de la ROCHE.

23) **H. E. Knopf** (Frankfurt a. M.). **Asthma und Stottern, zwei sehr verwandte Neurosen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Asthma und Stottern sind beides Neurosen, die sich im gestörten Ablauf der verwickelten coordinirten Bewegungen äussern, welche zum Sprechen bezw. zum normalen Athmen nöthig sind. Diese Störungen sind durch die Angstvorstellung, vor anderen Personen nicht richtig sprechen zu können, bezw. nicht genügend Luft zu haben, veranlasst. Alle Stotterer sowohl wie alle Asthmatiker sind neuropathisch veranlagt; körperliche Anomalien spielen häufig bei der Entstehung eine wichtige Rolle.

Ebenso wie der Stotterer dadurch geheilt wird, dass er lernt, die unrichtigen Bewegungen durch die richtigen zu ersetzen, kann man den Asthmatiker durch Correction der fehlerhaften Athembewegungen heilen. Daneben wird bei beiden durch psychische und somatische Therapie die neuropathische Veranlagung und die körperliche Anomalie beeinflusst.

Autor erzielte mit dieser Uebungsbehandlung sehr gute Erfolge. Sanatoriumsbehandlung giebt bessere Resultate, als die ambulante. Knopf weist darauf hin, dass beide Neurosen sich gewissermaassen ausschliessen und dass Asthma und Stottern bei einer Person fast nie vorkomme, eine Thatsache, die ausser seinen eigenen Beobachtungen die von einer Reihe bekannter Fachcollegen eingeholteu Statistiken vollkommen bestätigen. Asthmatherapeut und Stottertherapeut können beide von einander lernen, am zweckmässigsten wäre die Vereinigung der Asthma- und Stottererbehandlung in einer Hand.

HECHT.

24) **J. Gordon Wilson. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse von der Physiologie der Nebenhöhlen der Nase. (The present state of our knowledge with regard to the physiology of the sinuses accessory to the nose.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. discutirt die verschiedenen über die Physiologie der Nebenhöhlen existirenden Theorien.

EMIL MAYER.

25) **Sidney Yankauer. Der Mechanismus der Drainage der normalen Nebenhöhlen. (The drainage mechanism of the normal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

In gewissem Grade hängt die Drainage ab von dem Gesetz der Schwere bei gewissen Kopfhaltungen: hauptsächlich wird sie bewirkt durch die Ciliarthätigkeit, durch Adhäsion, durch Capillarattraction an den natürlichen Oeffnungen der Sinus und durch die Saugwirkung („Syphonage"), die von den Nasenhöhlen aus ausgeübt wird. Die combinirte Wirkung dieser Kräfte wird begünstigt durch den respiratorischen Luftstrom und gewisse atmosphärische Bedingungen.

EMIL MAYER.

26) **J. Herzfeld** (Berlin). **Die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase und das Röntgenverfahren.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 197. 1908.*

H. ist der Ansicht, dass der Werth der X-Strahlen zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen überschätzt worden ist; denn das doch umständliche und für den Patienten mit Kosten verbundene Röntgenverfahren ist oft nicht zuverlässig und kann deshalb, da uns heute zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen genügend andere Hülfsmittel zur Verfügung stehen, nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Auch zur Eröffnung der Stirnhöhle leistet eine vorherige Röntgenaufnahme keine oder nur geringe Dienste, da gerade bei Fällen schwerer Stirnhöhleneiterung die Grenzen der Höhle auf der Platte oft zu verschwommen sind.

Referent kann Herzfeld zustimmen, dass man sich auf die Röntgenplatte allein nicht verlassen kann, möchte aber trotzdem das Röntgenverfahren als nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel zur Diagnose und späteren Operation doch höher bewerthen, als Herzfeld dies in seiner neuesten Arbeit gethan hat.

OPPIKOFER.

27) **W. E. Caldwell. Weitere Beobachtungen über Röntgenuntersuchungen der Nasennebenhöhlen. (Further observations on the Roentgen-ray examinations of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Für die Aufnahmen von Stirnhöhlen müssen die Strahlen kräftig und die Exposition lang genug sein. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, geeignete Röhren für diese lange Expositionszeit zu finden. Verf. sagt, dass von 5—6 Röhren, die er kauft, ungefähr eine sich für die Stirnhöhlenaufnahmen eignet. Mit einer guten Röhre und gutem Apparat kann eine Aufnahme von einer Hand in weniger als einer Secunde gemacht werden, unter gleichen Bedingungen sind für die Aufnahme einer Stirnhöhle 20—50 Secunden erforderlich. Nur eine sehr gute

Röhre wird während dieser Expositionsdauer continuirlich dieselbe Qualität von Strahlen, die für eine gute Stirnhöhlenaufnahme erforderlich sind, liefern. Der beste Penetrationsgrad ist ungefähr 9—10 der Benoist-Skala; bei diesem besteht jedoch, wenn lange exponirt wird, Gefahr, die Röhre zu ruiniren. Man muss also suchen, die Expositionsdauer dadurch abzukürzen, dass man geeignete Platten wählt.

EMIL MAYER.

28) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zur Pathologie der Nebenhöhlen der Nase und zur Bedeutung der Nebenhöhlenaffectionen für die Aetiologie der Augenkrankheiten.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 20. S. 527. 1908.*

1. Fall: Myxosarkom im rechten Sinus sphenoidalis. Totale Blindheit des rechten Auges, Paralyse der Musculatur des rechten Auges.

2. Fall: Exophthalmus acutus durch eine acute Cellulitis ethmoidalis, ohne Symptome von der Nase hervorzurufen.

3. Fall: Primäres Carcinom im Sinus sphenoidalis, Paralyse des Nervus oculomotorius, Resectio partialis maxillae superioris, ossis ethmoidalis et sphenoidalis.

Diese Fälle von primärem Cancer im Os sphenoideum sind verhältnissmässig selten und sind klinisch einander sehr ähnlich. Charakteristisch für alle ist der starke Kopfschmerz, die schnell auftretenden secundären Augensymptome und Zeichen von Verstopfung der Nase.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Rosenberg** und **Baum. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und des Auges.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. 1908.*

R. liess 40 Fälle von Nebenhöhlenaffectionen, die nicht besonders ausgewählt wurden, durch den Augenarzt untersuchen. Dieser fand auffallend häufig Augenveränderungen (Stauung, Hyperämie, verwaschene Papillengrenzen, Abblassung der Papillen, Einschränkung des Gesichtsfeldes). Nach Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung gingen bei einem Theile der Patienten die Augenveränderungen zurück. So zeigten beispielsweise 16, also 40 pCt. der Patienten, eine Stauung in den papillären Gefässen, diese schwand nach Ausheilung oder Besserung der Nebenhöhlenerkrankung bei 5, also bei ca. $^1/_3$ der Fälle.

OPPIKOFER.

30) **Burger** (Amsterdam). **Ein Fall von Menière'scher Krankheit, herrührend von einer Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Un cas de maladie de Menière relevant d'une inflammation des cavités annexes du nez.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 2. 1908.*

Genau diagnosticirter und beschriebener Fall von Menière'scher Krankheit, geheilt nach der Cur einer latenten Sinusitis maxillaris. Die Affection bildete eine Reflexneurose infolge vasomotorischer Einflüsse, die durch die Entzündung des Sinus beständig unterhalten und wiederholt im Labyrinth angefacht wurde.

PARMENTIER.

31) **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Die radicale operative Behandlung von Leiden der Nasennebenhöhlen. (Den radikale operative Behandling af Nasebehulernes Lidelse.)** *Ugeskrift for Laeger. S. 449. 9. April 1908.*

Uebersichtsarbeit.

E. SCHMIEGELOW.



32) **Harmon Smith. Die Nebenhöhlenerkrankungen vom operativen Standpunkt. (The accessory sinuses of the nose from an operative standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1908.*

Verf. giebt eine sorgfältige Beschreibung der verschiedenen Methoden der Radicaloperation. Für die Stirnhöhle empfiehlt er am meisten das Killian'sche Verfahren. Zum Schlusse wendet er sich gegen den allzugrossen Radicalismus in der operativen Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen; es komme hauptsächlich darauf an, ausgiebige Drainage zu beschaffen. Zum Schluss weist Verf. auf die Gefahren hin, die sich bei Radicaloperationen aus der Nähe der Meningen ergeben.

LEFFERTS.

33) **Moure** und **Brindel. Oberkieferhöhleneiterungen und Osteitis. (Sinusites maxillaires et ostéite.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. 1. 1908.*

Die Osteitis, die bisweilen die chronischen Eiterungen des Antrums begleitet, muss als gutartige Complication betrachtet werden. Ihre Pathogenese kennen zu lernen, ist von Interesse, damit eine causale Therapie gegen sie eingeleitet werden kann. Diese Osteitis führt dazu, in gewissen Fällen eine bis dahin nicht erkannte Allgemeinerkrankung, z. B. Syphilis, zu diagnosticiren.

BRINDEL.

34) **Vaysse. Ueber die Pathogenese und Therapie der Oberkieferempyeme dentalen Ursprungs. (Sur la pathogénie et le traitement des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire.)** *Thèse de Paris. 1908.*

Jede mit Eiterung einhergehende Zahnaffection kann zur Entstehung eines Oberkieferempyems Anlass geben, welches auch der erkrankte Zahn sein mag. Die besten Resultate werden erzielt durch Extraction des erkrankten Zahnes mit nachfolgender Eröffnung der Alveole und Spülungen durch dieselbe.

A. CARTAZ.

35) **J. G. Connal. Diagnose und Behandlung des Oberkieferempyems. (The diagnosis and treatment of empyema of the maxillary antrum.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1908.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

36) **Robert C. Myles. Die Indicationen für den endonasalen Weg bei der Behandlung der chronischen Highmorshöhleneiterung und dessen Vortheile gegenüber der Radicaloperation. (The indications for and the advantages of the intranasal route over the radical operation in the treatment of chronic symptoms of the antrum of Highmore.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Es sollen nach des Verf.'s zwanzigjähriger Erfahrung 85—90 pCt. aller Fälle auf intranasalem Wege geheilt werden.

EMIL MAYER.

37) **H. Holbrock Curtis. Die schnelle Eröffnung der Highmorshöhle durch den unteren Nasengang ohne allgemeine Narkose. (The rapid entrance of the maxillary antrum through the inferior meatus without general anesthesia.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. giebt eine Besprechung, wie und mit welchen Instrumenten er die Höhle vom unteren Nasengang aus eröffnet.

EMIL MAYER.



38) **Derrick J. Vail. Eine Originalmethode zur Eröffnung des Antrum auf intranasalem Wege nebst Demonstration neuer Instrumente. (An original method of opening the antrum of Highmore intra-nasally with exhibition of new instruments.)** *The Laryngoscope. Januar 1908.*

Verf. macht die Operation unter Localanästhesie ohne vorherige Resection der unteren Muschel mit einem sägeartigen Instrument; er ist mit den Resultaten sehr zufrieden und rühmt vor allem die Schnelligkeit der Operation, die 3 bis 10 Minuten dauert. EMIL MAYER.

39) **Solowzow. Ueber die Resection der nasalen Wand der Highmorshöhle bei chronischer Highmoritis. (O resekzi nosowoi stenki werchnetschl. pasuchi popowodu chron. gaimorit.)** *Jeshemesjatschnik. p. 213. 1908.*

S. macht die Oeffnung möglichst am Nasenboden und recht gross. Dieses ist für die Durchströmung der Luft von Bedeutung. Nachbehandlung ist nicht erforderlich. P. HELLAT.

40) **Kronenberg** (Solingen). **Ueber die Operation des Empyoms der Kieferhöhle von der Nase aus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 685. 1909.*

Bei den weitaus meisten chronischen Kieferhöhleneiterungen genügt das Anlegen einer breiten Oeffnung ohne gleichzeitige Eröffnung vom Munde aus. Die bucconasale Methode ist nur ausnahmsweise nothwendig und wird mit der Zeit nach der Ansicht des Verfassers immer mehr an Anhängern verlieren.

OPPIKOFER.

41) **Mahu. Trepanation und Curettage der Oberkieferhöhle auf nasalem Wege. (Trépanation et curettage du sinus maxillaire par la voie nasale.)** *Presse médicale. Februar 1909.*

Die Operationsmethode besteht in einem vereinfachten Claoué'schen Verfahren, zu dem Verf. etwas modificirte Instrumente benutzt.

GONTIER de la ROCHE.

42) **G. Hicquet. Die Nachbehandlung bei der Operation der Oberkiefersinusiten. (Le traitement postopératoire des sinusites maxillaires.)** *La Policlinique. No. 2. 1908.*

H. operirt nach Luc-Caldwell; legt keine Naht an und schont die untere Muschel. Nach sorgfältiger Ausräumung der Höhle wischt er diese mit einem in Wasserstoffsuperoxyd getauchten Tampon aus, tamponirt sie dann sorgfältig mit Jodoformgaze, die er nach ca. 5 Tagen entfernt und überlässt die weitere Heilung der Natur, indem er weiter nichts als einen Wattetampon am Naseneingang tragen lässt. Dabei rasche Heilung. BAYER.

43) **Sargnon** (Lyon). **Fremdkörper der Kieferhöhle; Extraction unter Endoskopie. (Corps étranger du sinus maxillaire; extraction sous endoscopie.)** *Lyon médical. 23. August 1908.*

Es handelte sich um ein Drain, das zu Spülungen benutzt worden war und nach Angaben des Patienten vor 14 Monaten in die Höhle gerathen war. Mit

Hülfe eines in die Oeffnung eingeführten Ohrentrichters entdeckte Verf. den Fremdkörper und extrahirte ihn. GONTIER de la ROCHE.

44) Richard Lake. **Ein Fall von cystischer Erkrankung der Kieferhöhle. (A case of cystic disease of the maxillary antrum.)** *Lancet. 14. März 1908.*

Im Jahre 1897 wurden bei der 18jährigen Patientin Nasenpolypen entfernt. Im Jahre 1902 wurde ein grosser Choanal-(Antrum-)Polyp entfernt. Im Jahre 1905 verlegte ein grosser Polyp den rechten Nasengang. Während der Nacht entleerte sich eine grosse Menge klarer Flüssigkeit aus der Nase und die Nasenverstopfung verschwand. Im Jahre 1906 fand sich eine dünne Cystenwand und es wurden wieder cystische Polypen entfernt. ADOLPH BRONNER.

45) A. Elias. **Beitrag zum Studium der Kiefercysten. (Contribution à l'étude des kystes dentaires maxillaires d'origine inflammatoire.)** *Dissert. Lyon 1906.*

E. konnte nur 9 Fälle von periodontalen Kiefercysten zusammenstellen; die Literatur ist somit nur unvollständig berücksichtigt. Bei 2 der 9 Fälle wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen: die Cystenwand war mit Plattenepithel ausgekleidet. Die Radiographie unterstützt die Diagnose (zwei Photographien).

OPPIKOFER.

46) Quenu. **Epitheliom der Kieferhöhle. Resection der Oberkiefer. Heilung seit 10 Jahren. (Epithelioma du sinus maxillaire. Résection du maxillaire. Guérison datant de 10 ans.)** *Société de Chirurgie. 25. November 1908.*

Es musste später auch das Auge entfernt werden. Der grosse Defect wurde durch Plastik geschlossen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass eine Betheiligung der Drüsen erst spät auftritt und dass daher diese Fälle, wenn sie frühzeitig operirt werden, eine verhältnissmässig günstige Prognose geben.

GONTIER de la ROCHE.

47) Seyffarth (Hannover). **Eine neue Nasenzange zur Erweiterung der Kieferhöhlenöffnung im mittleren Nasengange.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Bei der in der Mittheilung abgebildeten Stanze ist „der bewegliche Löffel ganz an der Spitze des Instruments angebracht und schneidet nach rückwärts, nach dem Griff (also nach dem Naseneingang) zu". HECHT.

48) P. Joseph Junis. **Einige anatomische Variationen an der Stirnhöhle. (Some variations in the anatomy of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Bei über 100 menschlichen Schädeln, die Verf. kürzlich untersucht hat, variirte die Capacität der Höhle von 1,2 ccm bis 28,4 ccm. In dieser Serie von Untersuchungen war das Fehlen der Höhle nur einmal zu constatiren. Die Stirnhöhle fehlt bis zum 6. Lebensjahr. Um diese Zeit beginnt sie, sich als eine Protrusion von der Ethmoidalregion aus zu entwickeln und breitet sich langsam zwischen die beiden Tabulae des Stirnbeins aus, um ungefähr zur Pubertätszeit ihre volle Grösse zu erreichen. EMIL MAYER.

49) **Ritter** (Berlin). **Ueber Verdoppelung und abnorme Bildung der Stirnhöhle.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 621. 1909.*

Eine Doppelbildung der Nebenhöhlen wird in der Stirnhöhle am häufigsten beobachtet aber meist als „Theilung" beschrieben. Diesen Ausdruck hält R. als nicht richtig; denn es handelt sich um eine thatsächliche Doppelbildung aus zwei von Anfang an getrennten Anlagen. R. betrachtet nun in seiner Arbeit die Doppelbildung der Stirnhöhle auf die Art ihrer Einmündung in den mittleren Nasengang und bespricht die verschiedensten Entstehungsmöglichkeiten.

Seine Angaben über Verdoppelung der Stirnhöhle werden durch 7 instructive Abbildungen erläutert.

OPPIKOFER.

50) **Sinclair Tousey. Die radiographische Topographie der Stirnhöhle und der anderen pneumatischen Gesichtshöhlen. (The radiographic topography of the frontal sinus and other pneumatic sinuses of the face.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1908.*

Die Stirnhöhlenaufnahmen des Verf.'s sind mit Expositionsdauer von nur 30 Secunden und einem primären Strom von 18 Ampères gemacht. Viel leichter und nur eine Exposition von 15 Secunden erfordernd sind die seitlichen Aufnahmen.

LEFFERTS.

51) **Karl Vohsen. Ueber den Werth der Durchleuchtung bei Krankheiten der Stirnhöhle. (De la valeur de la diaphanoscopie dans les maladies du sinus frontal.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 9. 1907.*

Verf. betrachtet die Durchleuchtung bei Stirnhöhlenempyem als ein diagnostisches Zeichen von grösster Bedeutung, das durch eine Röntgenaufnahme in sagittaler Richtung ergänzt werden kann.

BRINDEL.

52) **Ziem** (Danzig). **Einige Worte über Entzündung der Stirnhöhle.** *Med. Klinik. 3. 1909.*

Kurze Besprechung der von Ziem geübten Methode der Probedurchspülung der Stirnhöhle in unsicheren Fällen von Sinusitis frontalis, während der Durchleuchtung nur ein geringer Werth beigemessen wird.

SEIFERT.

53) **Gallemaerts** und **Delsaux** (Brüssel). **Doppelseitige Stirnhöhlenentzündung, complicirt mit linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung und obliterirender Thrombose des entsprechenden Sinus lateralis. (Antrite frontale double compliquée d'otite muqueuse purulente gauche avec thrombose oblitérante du sinus latéral correspondant.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No. 1. 1908.*

Beobachtung, begleitet von Reflexionen über:

1. die ungeahnten Gefahren, welche bei eitrigen Gesichtssinusiten diejenigen laufen, die damit behaftet sind, wie das der Fall ist im vorliegenden Fall;

2. die gewählte Technik (Verfahren von Kuhnt);

3. die Verbreitung der septischen Keime von den Höhlen auf das Ohr; durch Gewebscontinuität oder durch Infection auf Distanz (Blut- oder Lymphwege).

Der zweite Mechanismus ist es, den die Autoren für ihren Fall in Anspruch nehmen.

4. Die Constatirung, dass die Otitis keine Antritis veranlasst hat, obgleich jenseits des Antrums mit Granulationen ausgefüllte Herde vorhanden waren.

PARMENTIER.

54) **Breyre. Subacute Sinusitis frontalis. (Sinusite frontale subaigue.)** *Gazette Méd. Belge. No. 20. 1908.*

In der Februar-Sitzung der medico-chir. Gesellschaft von Lüttich von 1908 stellt B. einen Kranken vor mit einer kleinen Narbe an der Stirn, herrührend von der Trepanation des Sinus frontalis wegen einer subacuten eitrigen Frontalsinusitis.

BAYER.

55) **H. Burger** (Amsterdam). **Ein Fall von beiderseitiger Stirnhöhlenentzündung. (En geval van beiderzydsche ontsteking der voorhoofdsholte.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 8. 1908.*

Ein Fall mit protrahirtem Heilungsverlauf. Das 23jährige Mädchen war schon früher nach Luc operirt worden. Eine eiternde Fistel am linken inneren Augenwinkel war zurückgeblieben. Operation nach Killian in Chloroformnarkose. Die linke Höhle war ausserordentlich gross und reichte bis an die Haargrenze hinauf. Beide Höhlen waren mit Eiter und Granulationen ausgefüllt. Während die linke Höhle schnell heilte, blieb rechts die Eiterung fortbestehen und es entstand ein chronischer Entzündungsprocess am Oberkiefer, der zu wiederholter Abstossung von kleinen Sequestern führte. Erst nach einer zweiten Operation, bei der sich in dem offenbar unvollständig entfernten vorderen Siebbein noch Eiter und Granulationen vorfanden, wurde definitive Heilung erreicht, allerdings mit unschönen Narben. B. verbreitet sich über den relativen Werth der verschiedenen Operationsmethoden und über den Werth der Röntgenographie.

H. BURGER.

56) **Frank Brawley. Der Kopfschmerz bei Stirnhöhlenentzündung. (The headache of frontal sinusitis.)** *Journal Ophthalmology, Otology and Laryngology. Mai 1908.*

Geht der Kopfschmerz nach Adrenalin-Cocainapplication auf das vordere Ende der mittleren Muschel zurück, so kann man ihn durch Resection desselben beseitigen.

EMIL MAYER.

57) **R. Weill. Die Orbitalphlegmone im Anschluss an Stirnhöhleneiterung. (Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites frontales.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

Nach Besprechung des Krankheitsbildes Aufzählen einiger zum Theil selbstbeobachteter Fälle.

OPPIKOFER.

58) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 9. Mai 1908.*

In den meisten Fällen sind Spülungen nach der vom Verf. empfohlenen endonasalen Eröffnung der Höhle nicht nöthig, eine Zeit lang sollte sie jedoch mindestens einmal täglich ausgespült werden, damit sich das Röhrchen nicht verstopft. Als das beste Spülmittel empfiehlt Verf. 10—20proc. Argyrol. Verf. em-

pfiehlt seine Methode auf das Wärmste. Was deren Gefahren betrifft, so sagt er: „Freilegung der Dura in der Stirnhöhle dürfte nicht gefährlicher erscheinen, als dieses Vorkommniss bei Operationen wegen Eiterungen des Warzenfortsatzes ist, wo in einem grossen Procentsatz der Fälle eine solche Freilegung vorkommt.“ Selbst in Fällen, in denen keine Heilung eintritt, wird durch diese endonasale Operation jedenfalls freie Drainage gesichert. Verf. behauptet, dass wahrscheinlich 95 pCt. aller geeigneten Fälle innerhalb 2 Wochen bis 6 Monaten zur Heilung kommen. In allen Fällen sollte zunächst diese endonasale Operation gemacht werden.

EMIL MAYER.

59) **Ross Hall Skillern. Die Vorzüge und Nachtheile der endonasalen Operationsmethode bei Stirnhöhlenempyem. (The advantages and disadvantages of the endo-nasal method of operating for empyema of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Die endonasale Operation nach Fletcher Ingals ist nach Ansicht des Verf.'s indicirt in allen Fällen von acutem Empyem, wo heftige Beschwerden bestehen und wo die übliche conservative Methode oder Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel keine Heilung bringt. Die Halle'sche Operation soll angewandt werden, wenn bei chronischem Empyem ein kleiner Sinus vorhanden oder — ohne Rücksicht auf die Grösse der Höhle — wenn Grund besteht, dass kein Vorhandensein grosser pathologischer Veränderungen in der Höhle anzunehmen ist oder wenn kosmetische Rücksichten ausschlaggebend sind. Contraindicirt sind die endonasalen Operationen, wenn es nicht möglich ist, eine Sonde in die Höhle einzuführen, bei Bildung von Abscess-Fisteln, beim Verdacht auf intracranielle Complicationen. Die endonasale Operation wird wahrscheinlich ohne Resultat sein, wenn tiefgehende Veränderungen im Sinus vorhanden sind, wenn zahlreiche Kammerungen und Septa in der Höhle sind, wenn grosse Orbitalzellen vorhanden sind, die gleichfalls erkrankt sind.

EMIL MAYER.

60) **Van den Wildenberg. Ein in einer einzigen Sitzung an einer doppelseitigen Sinusitis frontalis und ethmoido-sphenoidalis operirter Kranker. (Malade opéré en une seule séance de double sinusite frontale et ethmoïdo-sphénoïdale.)** *Anvers médicale. No. 1. 1908.*

Vorstellung eines Kranken, welcher wegen hartnäckigen Asthmas, Cephalalgie und Schlaflosigkei bei recidivirender, die Stirn und Ethmoidalhöhlen ausfüllenden Schleimpolypen vom Autor durch die gleichzeitige Vornahme der Radicalcur bilateraler chronischer Fronto-ethmoidal-Sinusiten geheilt wurden.

BAYER.

61) **G. Hicguet. Zwei Fälle von Sinusitis frontomaxillaris operirt nach verschiedenen Verfahren. Heilung. (Deux cas de sinusite fronto-maxillaire opérés suivant des procédés différents. Guérison.)** *La Policlinique. No. 8. 1908.*

In der Sitzung der Poliklinik am 13. März 1908 berichtet H. über:

1. einen Fall von Sinusitis frontomaxill. sinistra: Radicaloperation nach Luc-Caldwell am 20. December 1907 und Operation des Sinus frontal. nach Killian am 16. Januar 1908, später musste der Sinus frontal. nochmals eröffnet und curettirt werden wegen einer Caries am Orbitalbogen, welchen H. als Stütze

für die Weichtheile zurückgelassen hatte. Sirop de Gebert endlich wegen Verdacht auf Lues. Darauf vollständige Heilung;

2. einen Fall von Sinusitis frontomaxillaris dextra bei einer 54jährigen Frau: Incision nach Moure mit Trepanation des aufsteigenden Unterkieferastes; Resection der unteren Sinuswand und sorgfältige Curettage. Trepanation und Curettage des Sin. maxill. von der Gesichtsseite aus, Drainage nach dem unteren Nasengang; Tamponade mit Jodoformgaze etc. Nach 8 Tagen hat der Nasenausfluss aufgehört.

BAYER.

62) **ter Kuile** (Holland). **Ueber doppelseitige Stirnhöhlenoperation und deren ästhetischen Effect.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 645. 1909.*

K. macht darauf aufmerksam, dass man bei doppelseitiger Stirnhöhleneiterung manchmal auch ohne Stehenlassen einer Brücke ein befriedigendes kosmetisches Resultat erzielen kann. Mehrere Photographien.

Verf. bespricht im Ferneren die Therapie der acuten Stirnhöhleneiterung und nimmt in dieser Frage einen zu chirurgischen Standpunkt ein: bei der ersten Consultation macht K., um eine Abschwellung zu bewirken, einen Einschnitt durch die Mucosa und den „Knorpel" der mittleren Muschel. Ist die Heilung durch diese vielleicht nach einmal wiederholte Manipulation nach 10 Tagen noch nicht erreicht, so wird in der Vorderwand der Stirnhöhle eine Oeffnüng angelegt.

OPPIKOFER.

63) **John F. Barnhill. Einige chirurgische Grundsätze, die für die Behandlung der Stirnhöhlenempyeme von Bedeutung sind. (Some surgical principles essential to the cure of frontal sinus empyemes.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Verf. redet der offenen Nachbehandlung das Wort. Man ist — wenigstens in den meisten Fällen — im Stande, die Bildung kräftiger Granulationen zu erzielen, die den Sinus schnell bis zum Niveau der Haut ausfüllen; dann, aber nicht früher, soll man dieser erlauben, die Wunde zu überbrücken. Es wird so ein Minimum an Depression und Narbengewebe erzielt. Nöthig dazu jedoch ist, dass der Chirurg über die Granulationsbildung die nöthige Controle übt; Bedingungen zum Gelingen sind: Genügende Drainage, Fehlen unnöthigen Drucks auf die Granulationen und eine von vornherein in geeigneter Weise präparirte Wunde.

EMIL MAYER.

64) **M. Paunz** (Budapest). **Mucocele fronto-ethmoidalis lat. sin.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: Szemészet. No. 2—3.*

In dem linken inneren Augenwinkel hat sich ohne besondere Ursache eine halbnussgrosse, fluctuirende Vorwölbung gebildet, welche den Bulbus nach auswärts dislocirte. Radicale Operation der Stirnhöhle nach Killian. Es stellte sich heraus, dass Siebbeinzellen und Stirnhöhle eine grosse gemeinsame, glattwandige Höhle bildeten, welche mit bernsteinfarbiger Flüssigkeit angefüllt war. Lamina

papyracea und Hinterwand der Stirnhöhle waren usurirt. Die primäre Naht musste im unteren Wundwinkel wegen Eiterung geöffnet werden. Dann glatte Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

65) **Hajek** (Wien). **Acutes Empyem des Siebbeinlabyrinthes mit hochgradigem Exophthalmus. Endonasale Eröffnung. Heilung. Ein Beitrag der Frage der Dilatation der Nebenhöhlenwände bei acuten Entzündungen.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 629. 1909.*

Während eines heftigen Schnupfens trat bei einem männlichen Erwachsenen ohne Fieber hochgradiger rechtsseitiger Exophthalmus auf, ohne Schwellung der Augenlider und ohne Conjunctivitis und ohne Bewegungsbeschränkung des Bulbus. Die Untersuchung ergab Kieferhöhlen- und Siebbeinzelleneiterung rechts. Die Siebbeingegend erwies sich bei der Sondenuntersuchung als elastisch.

Bei der endonasalen Eröffnung des Siebbeins entleerten sich aus einer grossen retrobulbär in die Orbita sich hineinwölbenden Zelle zwei Kaffeelöffel voll Eiter: sofortiges Verschwinden des Exophthalmus und rasche Heilung der Siebbeinzelleneiterung.

Bemerkenswerth sind an der Beobachtung:

1. Die aborme Grösse der Siebbeinzelle.

2. Die Entstehung einer hochgradigen Dilatation infolge einer acuten eitrigen Entzündung.

3. Das rasche Verschwinden der Dilatationserscheinungen nach Abfluss des Eiters.

OPPIKOFER.

66) **Skillern** (Philadelphia). **Ein Fall von geschlossenem Empyemen der hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle, welche erst nach der Entfernung der mittleren Muschel acut geworden sind.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 337. 1908.*

Die ausführliche Krankengeschichte könnte auch anders als im Titel angegeben gedeutet werden: es hat sich bei einer neurasthenischen Patientin im Anschluss an eine nicht unbedingt nothwendige Entfernung der mittleren Muschel eine acute combinirte Nebenhöhleneiterung entwickelt, die glücklicherweise günstig verlief.

OPPIKOFER.

67) **Vernieuwe** (Gent). **Beitrag zum Studium der geschlossenen Siebbeinsinusiten. (Contribution à l'étude des sinusites éthmoïdales closes.)** *La Presse oto-laryngol. Belges. No. 6. 1907.*

Der Autor schliesst, indem er sagt, dass der endonasale Weg häufig zu schnell verworfen wird, obgleich er da, wo er eingeschlagen werden kann, die zu wählende Methode bilde.

PARMENTIER.

68) **G. Trautmann** (München). **Acute Keilbeinhöhleneiterung mit intracranieller und orbitaler Complication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 381. 1908.*

Verf. geht des Näheren auf die Literatur der isolirten Keilbeinhöhleneiterungen mit intracranialen und orbitalen Complicationen ein und fügt diesen Fällen

einen eigenen an: Es handelt sich um einen 15jährigen jungen Mann, der ganz plötzlich mit Fieber und Kopfschmerzen erkrankte. Am nächsten Tage Erbrechen, Nackensteifigkeit und Schwellung des rechten oberen Augenlides.

Nase: Beiderseits geröthete Schleimhaut. In den oberen Partien schleimiges Secret und viele Borken. Puls 100, klein; Temp. 38,5 in axilla.

Ohren: Rechts normal, links grosser Trommelfelldefect, Mittelohrschleimhaut epidermisirt, nicht geröthet. Nachdem 5 Tage lang das Befinden dauernd gleich schlecht geblieben, die Papille des Nervus opticus leicht geröthet und die Grenzen unscharf erschienen, wird zur Eröffnung beider Stirnhöhlen geschritten. Da dieselben negativen Befund boten, wird die Radicaloperation des linken Ohres und Freilegung des linken Sinus transversus vorgenommen, der sich auch ohne pathologischen Befund erweist.

Die daraufhin vorgenommene Freilegung der Dura von der Stirnhöhle aus und Punction der angrenzenden Stellen ergaben ebenfalls nichts Krankhaftes. Nachdem in der folgenden Nacht der Exitus eingetreten, wird bei der Section folgender Befund erhoben: Septicopyämie. Empyem der Keilbeinhöhlen von eitriger Rhinitis mit eitriger Phlebitis der Sinus cavernosi und beginnender eitrig-hämorrhagischer basaler Meningitis. Zahlreiche, besonders subpleurale Lungenabscesse mit Durchbrüchen auf die Pleura. Milzschwellung etc.

Ausstrich und Kultur vom Eiter der Keilbeinhöhle ergaben ausschliesslich Staphylokokken.

Die Thatsache, dass pathologische Veränderungen am Ohr auch bei der Section nicht gefunden wurden, ist ungemein wichtig, da klinisch sehr wohl ein ausgeheilter Mittelohrprocess scheinbar vorliegen kann, eine acut auftretende intracranielle Erkrankung, die trotzdem ihren Weg vom Ohr aus genommen haben kann. Nach dem Obductionsbefund ist der Ort der primären Infection im Epipharynx und in den obersten Abschnitten der Nase zu suchen. Von dort aus wurden die Keilbeinhöhlen, zuerst die rechte, dann die linke von den Ostien aus ergriffen. Hierauf wurde der Keilbeinkörper von den Staphylokokken durchwandert. Der Fall hat die grösste Aehnlichkeit mit Cerebrospinalmeningitis.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

69) **Thomson. Ursachen und Symptome der Thrombose des Sinus cavernosus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 467. 1908.*

Die Keilbeinhöhleneiterung, Ursache einer Thrombose des Sinus cavernosus, wird nicht selten übersehen. Zwei Photographien demonstrieren die starke Protrusion des Bulbus.

OPPIKOFER.

70) **Francis P. Emerson. Fehlen der rechten äusseren Keilbeinhöhlenwand, die durch eine direct mit dem Sinus cavernosus communicirende Vene eingenommen wird. Operation; Tod; Autopsie. (Absence of the outer right sphenoidal wall occupied by a vein communicating directy with the cavernous sinus. Operation. Fatality and Autopsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1908.*

Bei gründlicher Untersuchung wurde in der rechten Keilbeinhöhle eine cariöse Stelle an der Aussenwand mit einer weichen Masse dahinter gefunden.





Diese wurde in Anbetracht einer früheren Operation für eine polypoide gehalten und es wurde aus Furcht vor einer etwaigen Blutung nur mit grosser Vorsicht sondirt. Die mittlere Muschel und die vordere Keilbeinhöhlenwand waren bereits entfernt. Eine Curette wurde eingeführt, damit hinter die vorhandene Masse gegangen und vorsichtig das Instrument wieder herausgezogen; es folgte eine profuse Blutung und eine Convulsion. Patient wurde bewusstlos. Eine schnelle Tamponade brachte die Blutung nach aussen zum Stillstand, jedoch traten Hirndruckerscheinungen auf und 7 Stunden nach dem Eingriff starb die Patientin.

Bei der Section fand man eine grosse Dehiscenz in der Aussenwand, die von einer grossen varicösen Vene eingenommen wurde und direct mit dem Sinus cavernosus communicirte. Die noch vorhandenen Ethmoidalzellen waren nekrotisch und mit Eiter gefüllt.

EMIL MAYER.

71) **R. H. Skillern** (Philadelphia). **Der gegenwärtige Stand der Radicaloperation für Empyeme der Keilbeinhöhle nebst Demonstration eines neuen Instrumentes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 415. 1908.*

Verf. bespricht der Reihe nach die Methoden der Keilbeinhöhlenoperation.

Die Frontalmethode, die wohl nur bei gleichzeitiger Erkrankung der Stirnhöhle angewandt wird.

Die Eröffnung von der Augenhöhle aus.

Jansen's Methode (von der Kieferhöhle aus).

Berens, Furet's Methode.

Die indirecten endonasalen Methoden.

Die von Killian angegebene Methode besteht in der Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel und der Eröffnung der Bulla ethmoidalis. Zunächst wird das Instrument durch die verschiedenen Lamellen geschoben bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand. Bei grosser hinterer Siebbeinzelle wird die Procedur leicht misslingen können.

Schädle in St. Paul U. S. A. operirt an der vorderen Keilbeinhöhlenwand unter Leitung eines in den Nasenrachenraum gehaltenen Spiegels.

Die directen endonasalen Methoden mit vorhergehender Resection der mittleren Muschel und gleichzeitiger Entfernung der hinteren Siebbeinzellen, wobei das ganze Operationsfeld sichtbar wird.

Verf. verfährt nach letzterer Methode und gebraucht zur Eröffnung der vorderen Keilbeinhöhlenwand folgendes Instrument: Es besteht aus zwei gleichförmig zugespitzten, am Ende mit halbkegelförmigen Erweiterungen versehenen Branchen; auf den hinteren Seiten dieser Erweiterungen befinden sich schneidende Kanten und gerade hinten ein Schutz, damit man nicht zu rasch in die Höhle hineingleiten soll. (Die Abbildung dieses Evulsors ist beigefügt.)

Verf. beschreibt dann die Ausführung seiner Operation und fasst die Vortheile zusammen:

1. Das Operationsfeld bleibt immer sichtbar.
2. Die Keilbeinhöhle wird von innen nach aussen geöffnet, dabei wird man die Gefahr der Verletzung der auf ihr liegenden Strukturen vermeiden.

3. Wegen der grossen Oeffnung kann ein Stagniren des Eiters in der Keilbeinhöhle, welche dieselbe zu einer Entzündung reizt, nicht mehr vorkommen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

72) **Vorschütz** (Köln). **Zwei Fälle von exstirpirten malignen Tumoren der Keilbeinhöhle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 94. 1909.*

Operation in beiden Fällen nach Partsch. SEIFERT.

## c. Mundrachenhöhle.

73) **Sternberg** (Berlin). **Compendiöser quantitativer Gustometer zu klinischen Zwecken.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. 1907.*

In einem Kasten befinden sich drei Flaschen mit je Chloroform als Süssstoff, Aether als Bitterstoff und 60proc. Essigsäure als Sauerstoff. In einem besonderen Fach wird für jede Flasche eine auf die Flasche aufsetzbare, regulirbare Luftpumpe aufbewahrt, mittels welcher man abmessbare Mengen des Schmeckstoffes auf die Zunge zur Prüfung bringen kann. ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Max Joseph. Leukoplakie der Mundhöhle und deren Behandlung. (Leukoplakia of the mouth and its treatment.)** *American Journal of Dermatology. December 1908.*

Mit der Zeit werden die meisten Flecken immer härter (Leukokeratonie). Sobald diese Härte sich entwickelt, werden die vorher unerheblichen subjectiven Symptome ausgesprochener; es treten heftige und lancinirende Schmerzen auf und es bilden sich Fissuren. Als locale Behandlung empfiehlt Verf. Aetzungen mit Milchsäure, mit 5proc. beginnend und bis 50proc. steigend. EMIL MAYER.

75) **H. G. Anthony. Pigmentation der Mundhöhle. (Pigmentation of the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 28. November 1908.*

A. zählt die verschiedenen Formen der Pigmentation auf. Was die congenitalen anbetrifft, so hält er das Vorkommen von angeborenen Naevi der Mundschleimhaut für sicher und hat selbst solchen Fall gesehen. Auch in dem Fall von Roy (Laryngoscope 1907, S. 868), in dem nachher ein Epitheliom der Mundhöhle entstand, handelte es sich um einen Naevus. Erworbene Pigmentationen kommen vor nach traumatischer Hämorrhagie, bei Addison'scher Krankheit, Skleroderma und Phtiriasis. Die grösste Anzahl der Pigmentationen in der Mundhöhle jedoch ist auf keine dieser Krankheiten zurückzuführen; sie sind fast stets auf der Schleimhaut der Lippen localisirt und bestehen gewöhnlich in scharf begrenzten Pigmentflecken, von deren Existenz die Patienten gewöhnlich nichts wissen. Verf. hat sie niemals bei Gesunden, sondern stets nur bei Personen, die an gastrointestinalen Störungen, Diabetes und Neurasthenie leiden, beobachtet.

LEFFERTS.

76) **Trautmann** (München). **Ueber einen Fall von isolirtem Lichen planus mucosae oris bei einem Luetiker.** *Dermat. Centralbl. XII. 4. 1909.*

Bei dem vor 8 Jahren luetisch inficirt gewesenen und zur Zeit an einem gummösen Process des rechten Siebbeins leidenden 26jährigen Manne beobachtete

T. einen auf der rechten Wangenschleimhaut localisirten Lichen ruber planus, ohne dass an der äusseren Haut sich Lichen nachweisen liess. SEIFERT.

77) **Joseph** (Berlin). **Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus der Mundschleimhaut.** *Dermat. Centralbl. 4. 1909.*

Bei einem 35jährigen Manne traten nach längere Zeit vorangegangenen eigenartigen prämonitorischen Beschwerden gleichzeitig mit Lichenknötchen an der Glans penis Planusknötchen auf der ganzen Zunge auf. Nach Abheilung dieser Eruption fand plötzlich unter Abgeschlagenheit und Schwäche eine enorme Ausbreitung des Lichen auf der Mundschleimhaut statt. SEIFERT.

78) **Royer, Bory** und **Sartory. Oosporose der Mundhöhle. (Oosporose buccale.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. Februar 1909.*

Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf einen dem Strahlenpilz verwandten Pilz, Oospora buccalis, den man häufig im Verlauf von Mundentzündungen antrifft. Er tritt gewöhnlich in Form einer Tonsillitis mit weissen Flecken auf.

GONTIER de la ROCHE.

79) **Thibièrge** und **Gastou. Drei Fälle von Sporotrichose, von denen einer mit Rachenveränderungen. (Trois cas de Sporotrichose dont un avec lesions du pharynx.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. März 1909.*

Das Gaumengewölbe, das Gaumensegel, die Gaumenbögen, Uvula, Mandeln sind der Sitz einer sehr oberflächlichen Geschwürsbildung auf einer diffusen Infiltration. Die Oberfläche ist filzig, weiss, sieht wie Brotkrume aus. Diese Geschwürsbildung befällt gleichmässig die Epiglottis und das Vestibulum laryngis.

Es ist dies der dritte Fall von Sporotrichose des Pharynx.

GONTIER de la ROCHE.

80) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Pneumokokkeninvasion des Halses. Bemerkung zu Sir Felix Semon's Aufsatz in Heft 7, Jahrg. 1908 dieser Zeitschrift.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Ruprecht vermuthet, dass die zweite Mittheilung Semon's zu einer irrthümlichen Auffassung seiner Einwände Veranlassung geben könne; er stehe der Möglichkeit einer potentiellen Infectionsfähigkeit des Fränkel'schen Diplococcus durchaus nicht zweifelnd gegenüber, er habe nur folgendermaassen argumentirt: „Weil der Diplococcus (Fränkel) der regelmässigste Rachenbewohner ist und weil gerade seine virulente Varietät mit grösserer Wachsthumsenergie begabt ist, als die übrigen Rachenpilze, wird er in Rachenabwischculturen leicht dominiren und eine irreführende Rolle spielen. Daher sind Befunde dieser Diplokokken beim Kulturverfahren mit besonderer Vorsicht aufzunehmen." Es wäre daher bei diesen Fällen eine Virulenzprüfung der Diplokokken durch Thierexperiment wünschenswerth. Dennoch halte er es nach Semon's letzter Mittheilung für wahrscheinlich, dass hier eine bislang nicht beobachtete eigenartig charakterisirte Erkrankung vorliege. HECHT.

81) **N. Sack** (Moskau). **Einige Bemerkungen zum Aufsatz des Herrn F. Semon: „Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses.“** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Sack erinnert an einen von ihm früher publicirten (Monatsschr. f. Ohrenheilkde .etc. 1904, Heft 8) ähnlichen Fall, bei dem es sich um eine Mischinfektion von Lues mit Angina Vincenti handelte, und giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass man bei solchen ätiologisch dunklen, protrahirten Krankheitsfällen „zuerst an Mischinfectionen von zwei, event. auch mehreren verschiedenen Krankheitsformen denken müsse“. Er vermuthet, dass es sich bei den Semon'schen Fällen auch um eine Symbiose von zwei Krankheitsformen — Lues und Pneumokokkeninvasion — gehandelt habe. „Auf den Schleimhäuten können sich, ebenso wie auf der Epidermis, gleichzeitig zwei ganz verschiedene Krankheitsprocesse abspielen, die sich gegenseitig unterstützen und das Bild der Erkrankung unverständlich machen.“

HECHT.

82) **Mann** (München). **Ueber fibrinöse Schleimhautentzündung (Stomatitis fibrinosa) durch Pneumokokkeninfektion.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1909.*

Die Krankengeschichten dreier einschlägiger Fälle werden in extenso mitgetheilt und deren bakteriologisches Untersuchungsresultat eingehend besprochen. Es liess sich bei allen 3 Fällen ein typisches, durch Pneumokokkeninfection des Blutes hervorgerufenes Krankheitsbild auffinden. Das bei dem ersten Falle wiederholt eingespritzte Römer'sche Pneumokokkenserum beeinflusste den Krankheitsverlauf nach keiner Richtung.

HECHT.

83) **Schomerus** (Hamburg). **Endemisches Auftreten der Angina pneumococcica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Schomerus berichtet über zwei Angina-Endemien, die in der Entbindungsanstalt des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf auftraten. Die bakteriologische Untersuchung ergab durch Kulturen von Schleimhautabstrichen den Diplococcus lanceolatus rein oder fast in Reinkultur. Die Angina trat entweder unter der erythematösen oder unter der pseudomembranösen Form auf und verlief mild, das Wochenbett wurde in seinem Ablauf nicht gestört. Bemerkenswertherweise blieben die Neugeborenen von jeder Pneumokokkenerkrankung verschont. Als charakteristisch für diese Pneumokokkenanginen konnte Autor fast regelmässig neben der intensiven Schleimhautröthung „circumscripte, grauweissglasige, glatte Epitheltrübungen auf dem vorderen Gaumenbogen oder auf der Uvula“ beobachten.

HECHT.

84) **Dubreuil Chambardel. Asialie infolge totaler Atrophie der Speicheldrüsen. (Asialie par atrophie totale des glandes salivaires.)** *Gaz. méd. du Centre. 1. März 1908.*

Die Beobachtung betrifft einen 61 jährigen Mann. Verf. citirt eine analoge Beobachtung von Zajari und giebt eine Uebersicht über die Störungen der Speichelsecretion sowie die Ursachen, die für Entstehung einer Atrophie der Speicheldrüsen in Betracht kommen.

BRINDEL.

85) **Souques** und **Chené. Atypische Formen der Mikulicz'schen Krankheit. (Formes atypiques de la maladie de Mikulicz.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 26. Februar 1909.*

Der Fall, betrifft einen 82jährigen Greis, der seit der Kindheit, vielleicht seit der Geburt, eine beiderseitige symmetrische Schwellung der Speicheldrüsen, der Parotis und Submaxillaris aufweist. Diese Hypertrophie ist von keinen Beschwerden, keinerlei Schmerzen begleitet. Die Thränendrüsen sind normal. Es hat sich keine diathetische Ursache für die Erkrankung auffinden lassen.

Verf. betrachtet — trotz der Integrität der Thränendrüsen — den Fall als eine atypische und unvollkommene Form der Mikulicz'schen Krankheit.

A. CARTAZ.

86) **Isabella C. Herb. Experimenteller Mumps. (Experimental mumps.)** *Transactions Chicago Pathological Soc. August 1908.*

Verf. hat unter anderen einen Coccus isolirt, der bei Parotitis am häufigsten als Diplococcus sich findet. Bezüglich des anatomischen Befundes wird gesagt: „Die Parotis ist gleichmässig vergrössert und fest. Von der Schnittfläche tritt ein dünnes, gelbliches Exsudat hervor. Die glanduläre Structur ist wohl erhalten. In den Frühstadien besteht eine leichte Schwellung der Zellen in den Acini und gelegentlich eine Undeutlichkeit der Kerne. Später kommt eine Einwanderung von Leukocyten hinzu. Die interstitiellen Veränderungen bestehen in serösem Exsudat und Einwanderung von Leukozyten. Es besteht intensive Hyperämie und gelegentlich Diapedese rother Blutkörperchen, gelegentlich kommt es sogar bis zu leichter Hämorrhagie. In dem über der Drüse liegenden Gewebe besteht eine ausgesprochene zellige und seröse Infiltration. Nach Resorption des Exsudats kehrt die Drüse schnell zur Norm zurück."

EMIL MAYER.

87) **Magnard Heath. Bemerkung über einen Fall von eitriger Parotitis bei einem Kind. (A note on a case of suppurative Parotitis in an infant.)** *Lancet. 8. August 1908.*

Ein drei Monate altes Kind war drei Monate lang krank mit Temperatursteigerung. Es trat Schielen und Nackensteifigkeit ein, sowie Cheyne-Stokessches Athmen während 24 Stunden. Dann zeigte sich eine Schwellung der Parotis. Der Eiter im Ductus Stenonianus enthielt Staphylococcus pyogenes citreus. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

88) **Wertheim. Ein Fall von Verletzung des Nervus sublingualis. (Przypadek uszkodzenia nerwu podjezykowego.)** *Medycyna. 1908.*

Ein sehr seltener Fall betraf einen 17jährigen Jüngling, der einen Stich in den Hals erhielt, wobei eine sehr reichliche, bis zur Ohnmacht sich steigernde Blutung eintrat. Die Wunde befand sich auf der linken Halsseite in der Gegend des Cornu majus ossis hyoidei und hatte ca. 1 cm Länge. Die Austrittsswunde befand sich an der rechten Halsseite unterhalb der Mandibula und hatte ca. 2 cm Länge. Der Zustand des Kranken war schwer. Mit Mühe wurde die verletzte Arterie und Vena lingualis gefunden, sie lag ziemlich in der Mitte des sog. Pirogoff'schen Dreiecks, wo man gewöhnlich die klassische Unterbindung der ge-

nannten Arterie vollzieht. Die beiden verletzten Arterien wurden unterbunden, die Wunde zugenäht und dem Patienten darauf 700 g physiologischer Kochsalzlösung eingespritzt. 3 Tage darauf entstanden allmählich Erscheinungen, die dafür sprachen, dass nicht nur die Gefässe, sondern auch die Nerven verletzt waren, es bestand deutliche nasale Sprache. Der Kranke begann zu stammeln und klagte über Schmerzen bei Zungenbewegung. 2 Wochen nach der Verletzung wurde deutlich Blässe der linken Hälfte der Zunge, die dabei etwas schmäler erschien, gefunden. Bei Bewegungen wurde deutlich eine Verminderung der Beweglichkeit der linken Hälfte wahrgenommen, die Seite zeigte auch eine deutlich verminderte Reaction auf den faradischen Strom. Geschmack und Tastsinn waren auf beiden Seiten unverändert. Im gebesserten Zustande verliess der Kranke einige Tage darauf das Krankenhaus.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Notiz des Herausgebers. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *American Journal of Surgery. October 1908.*

Es werden die Symptome des Speichelsteins, seine Differentialdiagnose gegen die acute Entzündung der Submaxillaris und die Art seiner operativen Entfernung besprochen.

EMIL MAYER.

90) **H. Haenisch** (Kiel). **Ueber die pathologische Anatomie und Aetiologie der schwarzen Haarzunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 430. 1908.*

Verf. führt aus Kultur und histologischen Untersuchungen den Beweis, dass die schwarze Haarzunge keine Mykose ist und gelegentliche Funde von schwarzen Pilzen auch nichts mit der Aetiologie dieser Krankheit zu thun haben. Man sieht aus seinen Abbildungen, wie aus dem Epithellager der Papille sich die Fortsätze zuerst von festgefügten, häufig dachziegelförmig angeordneten Epithelien mit deutlich gefärbten Kernen bilden, wie dann im weiteren Verlaufe die Epithelien immer fester aneinander liegen, allmählich ihre Kerne verlieren und weiterhin nur noch als homogene Masse mit theilweise abgeschilferten Rändern und häufig gespaltener Spitze zu erkennen sind. Zwischen den einzelnen Fortsätzen liegen viele lose Plattenepithelien. Die Haare sind demnach also weiter nichts als hypertropische, distalwärts verhornte Papillae filiformes.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

91) **M. L. Bizard. Schwärzung der Zunge durch Wasserstoffsuperoxyd. (Blackening of the tongue by Hydrogen Dioxide.)** *N. Y. Medical Journal. 14. November 1908.*

Bei einem Raucher stellte sich nach 8tägigem Gebrauch eines Mundwassers, das aus einem Theelöffel Wasserstoffsuperoxyd auf ein Glas Wasser bestand, eine ausgesprochene Schwarzfärbung des Zungenrückens ein, die nach Aussetzen des Mundwassers in einigen Tagen wieder verschwand. Derselbe Effect war bei zwei Patienten, die während einer Injectionscur mit grauem Oel das gleiche Mundwasser benutzten.

Verf. bespricht im Anschluss daran die Frage von der Wahl der Mundwässer und gelangt zu dem Ergebniss, dass bei gesunden Personen sich der Gebrauch von Antisepticis erübrigt und es nur auf peinliche Reinigung ankommt.

LEFFERTS.

92) **Richard W. Johnston. Einige interessante Zungenfälle. (Some interesting tongue cases.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. beschreibt folgende Fälle:

1. Schwarze Haarzunge. Nigrities. Hyperkeratosis linguae.
2. Varicöse Venen auf der Zunge.
3. Excoriation der Zunge.
4. Erythema migrans.
5. Fibrom der Zunge.
6. Dermoidcyste unter der Zunge.
7. Gummöse Ulcerationen.
8. Acute parenchymatöse Hemiglossitis.

EMIL MAYER.

## d. Diphtherie und Croup.

93) **J. Howland. Circulationsstörungen bei Diphtherie. (Circulatory disturbances in diphtheria.)** *Journal of the American Medical and Surgical Association. December 1908.*

Die auf der Höhe der Krankheit vorkommenden Circulationsstörungen sind immer fatal; seit Anwendung des Antitoxin sieht man sie nur noch selten. Sie kommen häufiger bei älteren Kindern oder jüngeren Erwachsenen vor, bei denen die Halskrankheit einige Tage lang vernachlässigt war. Der Patient bietet dann alle Erscheinungen einer malignen Diphtherie dar. Die Herzaction ist bedeutend beschleunigt, bei anderen nur etwas vermehrt, die Töne sind eine Zeit lang von normaler Beschaffenheit, der Blutdruck nicht viel unter der Norm. Bald jedoch, obwohl die Halssymptome abnehmen, wird der Puls schwächer, der Blutdruck sinkt rapide und constant, die Herzaction wird schwächer und es tritt Collaps ein.

EMIL MAYER.

94) **Borrnio. Ueber das Facialisphänomen bei der Diphtherie. (Sul fenomene del faciale nella difterite.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1908.*

Bei 647 Fällen der Florentiner pädiatrischen Klinik fand Verf. das Chvosteck'sche Phänomen, das er als eine Wirkung der Diphtherietoxine auffasst.

FINDER.

95) **G. Mya. Lungenemphysem und fettige Degeneration des Zwerchfells bei der Diphtherieintoxication. (Enfisema polmonare o degenerazione grassa del diaframma nella intossicazione difterica.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. August 1908.*

Bei der mit gleichzeitiger Schwellung der Lymphdrüsen am Halse, Myocarditis, Albuminurie, Hauthämorrhagien und Muskelschwäche einhergehenden nekrotischen Form der Diphtherie fand Verf. im Stadium der Allgemeinintoxication häufig eine Ausdehnung der Lungengrenzen über die normalen Grenzen; in einigen Fällen zeigte sich dieses Emphysem bereits 6—7 Tage vor dem Tode. Auf dem Sectionstisch findet man dann die Bestätigung des Emphysems.

Verf. theilt 2 Fälle mit: in beiden bestand ausser dem Lungenemphysem auch ein Emphysem des Mediastinum, das am Lungenhilus beginnend und längs

der Trachea nach oben bis zum Halse gehend wahrscheinlich durch Einriss in die Lunge bedingt war.

Ferner macht Verf. auf eine bisher nicht bekannte Erscheinung aufmerksam: die fettige Degeneration der Zwerchfellmuskulatur, die er auch experimentell bei Meerschweinchen durch Einwirkung von Diphtheriebacillen und Diphtherietoxine erzeugen konnte.

FINDER.

96) **Griffon. Mandelabscesse und Diphtherie. Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Abcès amygdalieus et diphtérie. Perforations du pilier antérieur.)** *Soc. méd. des hôpit. 12. März 1909.*

Die Patientin hat im Verlauf einer Diphtherie mit multiplen Lähmungen einen Mandelabscess gehabt, der sich spontan durch den vorderen Gaumenbogen hindurch öffnete; diese Perforationsöffnung schloss sich jedoch nicht, die Ulceration vergrösserte sich und 8 Monate später bestand eine Perforationsöffnung mit fibrösen Rändern.

Simonin hat gleichfalls im Verlauf einer Diphtherie eine tiefe Ulceration auftreten sehen, die keine Heilungstendenz zeigte. Es handelte sich um Diphtherie mit gleichzeitigem Vorkommen von Spirillen und fusiformen Bacillen.

A. CARTAZ.

97) **D. H. Ransom. Prophylaktische Wirkung des Antitoxin auf die Frucht im Uterus. (Prophylactic effect of antitoxin on the child in utero.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Der diphtheriekranken, kurz vor der Entbindung stehenden Mutter injicirte Verf. 4000 und 12 Stunden später noch 3000 I.-E. Zehn Stunden nach der zweiten Injection wurde das Kind geboren. Verf. liess das Kind bei der Mutter, die ihm die Brust gab. Die Mutter fieberte und es blieben Membranen im Pharynx bis ungefähr drei Tage nach der Entbindung; das Kind war und blieb völlig gesund.

Verf. nimmt an, das Kind habe durch das Blut der Mutter eine Schutzdosis Antitoxin erhalten.

EMIL MAYER.

98) **Albert Uffenheimer** (München). **Weshalb versagt das Behring'sche Diphtherie-Heilserum in gewissen Fällen? Klinisch-experimentelle Studie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

99) **Julius Grósz** und **Helene Bán** (Ofen-Pest). **Ueber Pyocyanasebehandlung der Diphtherie.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Bei schweren Fällen von Larynx-Croup und -Diphtherie wandten Autoren neben dem Serum noch Pyocyanase an, und zwar in der Weise, dass sie mit einem in der Arbeit abgebildeten Apparat die Pyocyanase in kleinen, oft wiederholten Dosen direct in den Kehlkopf sprayten. Diese Anwendungsweise hat vor Inhalation den Vorzug, dass das Medicament unverdünnt und in grösserer Menge auf der Kehlkopfschleimhaut zur Wirkung gelangt. Der Erfolg befriedigte Autoren sehr; Intubation liess sich trotz der schweren Symptome mehrmals vermeiden, in anderen Fällen wurde die Extubation frühzeitiger ermöglicht. Die übrigen, schon

mehrfach in der Literatur niedergelegten günstigen Folgeerscheinungen der Pyocyanaseapplication finden auch durch die Autoren eine neue Bestätigung.

HECHT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

100) J. Katzenstein (Berlin). **Ueber die Lautgebungsstelle in der Hirnrinde des Hundes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 500. 1908.*

Die Ergebnisse der sehr eingehenden Untersuchung sind kurz zusammengefasst folgende:

Erstens sind bei der Nachprüfung die schon bekannten Hirnrindencentren für die einzelnen Theile des Lautgebungscomplexes noch einmal festgestellt worden. Diese Nachprüfung umfasste die genaue Festlegung der Hirnrindenorte für die Bewegung der Stimmlippen, der Rachenschnürer, der Zunge, der Kiefer, der Thorax-, der Bauchmuskeln und des Zwerchfells. Hierbei wurde festgestellt, dass mit der Erregung der Athmung von der Athemstelle im Gyrus centralis ant. und von der Athemstelle im Stirnhirn gleichzeitig eine Inspirationsbewegung der Stimmlippen, d. h. eine ausgiebige Abduction derselben auftritt. Ferner wurde ein zweites Kehlkopfbewegungscentrum in der zweiten Windung gefunden, es wurden die bisher allseitig bestrittenen Masini'schen Untersuchungen über die Erzeugung einseitiger Kehlkopfbewegungen bestätigt, sowie schliesslich ein einseitig peripherer Reflex des Kehlkopfs gefunden.

Zweitens gelang es, von der Athemstelle im Gyrus centralis ant. aus auf beiden Seiten des Grosshirns den gesammten Lautgebungscomplex des Hundes auf elektrische Reizung auf einmal in Bewegung zu setzen, d. h. während noch bestehender Athemwirkung auf die Hirnrinde einen knurrenden, quarrenden Ton, während des wachen Zustandes des Thieres laute Belltöne mit gleichzeitiger Thätigkeit aller Exspirationsmuskeln und der Muskeln, die ausserdem beim Belllaute thätig sind. Wie die Phonation mit der Exspiration und den Kehlkopf-, Rachen-, Gaumen-, Zungen- und Kieferbewegungen zusammenfällt, so wird sie auch von einem Orte im Gyrus centr. ant. der Hirnrinde erzeugt, von welchem gleichzeitig Exspiration und die für die Lautgebung nöthigen Bewegungen des Kehlkopfs, des Rachens, Gaumens, der Zunge und des Kiefers erzeugt werden. Der ganze Lautgebungscomplex tritt auf elektrische Reizung hin stets mit gleichzeitiger Arbeit aller betheiligten Muskeln auf einmal auf. Die beiderseitige Exstirpation der Lautgebungsstelle, sowie die Ausschaltung der Athemverbindungen infolge der Abtrennung des Kleinhirns hatte einen mehr als dreimonatigen Ausfall der Bellfähigkeit mit gleichzeitigem Auftreten von Bewegungsstörungen der Stimmlippen und herabgesetzter Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut zur Folge.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) Wesley Mills. **Wesentliche Punkte bei der Stimmproduction. (Essentials of voice production.)** *Laryngoscope. Juli 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Montreal 1908.

EMIL MAYER.

102) **W. A. Wells. Der Einfluss des Allgemeinzustandes auf die Stimme. (The voice as affected by general conditions.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 11. September 1908.*

Verf. bespricht den Einfluss von Alter, Umgebung, Kleidung, Beschäftigung, Anstrengung, Alkohol und Tabak, sowie die Wirkungen der verschiedenen Krankheiten: Chlorose, Malaria, Tuberculose, Syphilis und acute Infectionskrankheiten auf die Stimme. Er betrachtet die Stimme bei Influenza als charakteristisch. Er betrachtet auch die Beziehungen zwischen Stimme und Sexualorganen. Ferner wird die Stimme der Schwerhörigen und Tauben besprochen. EMIL MAYER.

103) **Theodor S. Flatau** und **Hermann Gutzmann** (Berlin). **Die Singstimme des Schulkindes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 327. 1908.*

Verff. berichten über die Resultate von 575 einzelnen Functionsuntersuchungen.

Chronische Heiserkeit wurde unter diesen 575 Untersuchten 239mal beobachtet, was einem Procentsatz von 41,6 entspricht.

Bezüglich der extensiveren Stimmleistung geben die Verff. aus ihren Protocollen für jedes Schuljahr, für jeden Jahrgang, für jedes Geschlecht die genaue Zahl derer an, die die gleichen oberen und die gleichen unteren Grenztöne haben.

Für die Grenztöne und ihre Häufigkeit (obere und untere Stimmgrenzen), für die kleinste und grösste Zahl der Halbtöne in jedem Prüfungsalter, den durchschnittlichen Stimmumfang in Halbtönen sind übersichtliche Tabellen beigefügt. Zum Schlusse ist eine kurze Skizze der laryngoskopischen Untersuchung gegeben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **E. Hopmann** (Köln). **Ueber Aphthongie.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Juni 1908.*

Im Allgemeinen dürfte es berechtigt sein, die Aphthongie nicht als besonderes Krankheitsbild aufrecht zu erhalten, sondern nur als bezeichnenden Namen für das Symptom der unter gewissen Bedingungen plötzlich auftretenden völligen Sprachlosigkeit. Dieselbe kann durch Krämpfe bedingt sein, welche auf das Hypoglossusgebiet beschränkt sind und nur beim Sprachversuche auftreten; in anderen Fällen erscheint sie ohne jeden sichtbaren Krampf. Das Symptom findet sich meist bei Stotterern, selten vielleicht auch bei Hysterischen. SEIFERT.

105 **W. L. Holt. Ein Fall von unveränderter Knabenstimme bei einem Manne, die durch Singübungen wieder normal wurde. (A case of unchanged boy's voice in a man which was made normal by singing exercises.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Nach 6wöchentlichen Uebungen sprach Patient eines Tages mit normaler männlicher Stimme. Während er vorher nur Sopran singen konnte, begann er plötzlich Bass zu singen und so ist es jetzt seit einem Jahr geblieben.

EMIL MAYER.

106) **J. Kubo. Ueber die psychische Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Fukuoka-Universitäts-Mittheilungen. Bd. II. Heft 1. 1908.*

Nach der Beschreibung der Symptome und des laryngoskopischen Be-

fundes der hysterischen Aphonie empfiehlt der Verf. psychische Behandlung in folgender Weise: Zuerst soll dem Patienten zum Bewusstsein gebracht werden, dass er Stimme hat. Man lässt den Patienten mehrmals husten oder plötzlich tief athmen, so dass er unerwartet seine eigene Stimme hört. Dann muss man den Patienten die plötzlich entstandenen Stimmen wiederholen lassen. Eine „äh"-tönende tiefe Inspiration und eine kurze forcirte „ä"-tönende Exspiration werden abwechselnd wiederholt, bis der Patient müde wird. Die Vocale werden zuerst versucht auszusprechen, dann m und n, wie Summen. Die Uebung der Aussprache der Combinationen von Vocalen und Consonanten folgt allmählich. Wenn der Patient während dieser Uebung wieder stimmlos wird, so muss man die obige Procedur wiederholen. Die bisherigen Behandlungen, z. B. elektrische, medicamentöse etc., sind nicht so erfolgreich, wie diese psychische Behandlung, bei der ein Kranker seine Stimme oft in 15 Minuten wiederbekommt. Am Schlusse citirt Verf. das Wunder im 15. Capitel Mathäus („Die Stummen redeten") als ein Beispiel von hysterischer Aphonie.

AUTOREFERAT.

107) **Th. S. Flatau. Neue Beobachtungen über Phonasthenie. (Nuove osservazioni sulla fonastenia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Vol. XIX. II. Heft 4. 1908.*

Verf. bespricht besonders die Frühsymptome der Stimmschwäche und zwar zunächst den Schmerz: Ausser den bekannten Hals- und Brustschmerzen der Phonastheniker und den vom Verf. beschriebenen Nackenschmerzen hat er in einer Reihe von Fällen auch Schmerzen im Kiefer und seltener in einer Hälfte des Kinns beobachtet, die bisweilen — besonders während des Singens — so unerträglich werden können, dass die Patienten sich scheuen, mit tönender Stimme zu sprechen. Weiter bespricht Verf. den phonasthenischen Husten und das phonasthenische Schlucken. Letzteres wenig bekanntes Symptom ist dadurch charakterisiert, dass der Patient, wenn er eine Zeit lang gesprochen hat, im Halse den unwiderstehlichen Drang zum Schlucken empfindet.

Verf. wendet sich dann zu den äusseren Symptomen der Phonasthenie. Zu diesen gehören ausser den Schluckbewegungen, Räuspern, Angsterscheinungen bei den an Phonasthenie leidenden Rednern, bestehend in Blässe, Schweissausbruch und in schweren Fällen plötzliches völliges Versagen der Stimme.

Therapeutisch verwendet Verf. mit Vorliebe eine Combination von Elektricität — und zwar den unterbrochenen constanten Strom — mit Vibration. Bei schon länger bestehenden Formen, die durch offenkundige hyperkinetische functionelle Störungen charakterisirt sind, verwendet Verf. die Bier'sche Stauung, indem zu beiden Seiten der Schildknorpelplatten je ein Saugapparat aufgesetzt wird. Zuletzt wird die Anwendung der Widerstandsgymnastik besprochen.

FINDER.

108) **L. Pierce Clark** und **E. W. Scripture. Das epileptische Stimmzeichen. (The epileptic voice signe.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1908.*

Es ist wahrscheinlich, dass bei Personen, die an Nerven- und Geisteskrankheiten leiden, sich charakteristische Stigmata in der Stimme finden, wie das z. B. für die Paralysis agitans bekannt ist.

Bei den Epileptikern fällt die Ausdruckslosigkeit der Stimme auf; sie sind unfähig, schön zu singen oder gut zu reden. Für Jemanden, der längere Zeit in einer Anstalt für Epileptiker gelebt hat, ist diese Thatsache sehr auffallend. Verff. haben graphische Aufnahmen der Stimmen von Epileptikern gemacht und sind zu folgenden Resultaten gelangt: Clark war im Stande, unter 100 Fällen die Krankheit 75mal allein durch die Stimme zu diagnosticiren. Es giebt keinen ähnlichen Defect bei irgend einer andern Nerven- oder Geisteskrankheit. Es wurden alle Typen von Epilepsie studirt. Je schwerer die Epilepsie ist und je länger sie besteht, desto ausgesprochener ist das Stimmsymptom. Dieses scheint von der Gehirndegeneration abhängig zu sein. Das Stimmsymptom besteht mindestens mehrere Jahre lang, auch wenn Anfälle fehlen.

LEFFERTS.

109) **Neufeld** (Berlin). **Ueber Kehlkopfveränderungen bei Akromegalie.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 64. 1908.*

Bei einer 40jährigen Patientin mit Akromegalie fand sich Vergrösserung und Verdickung der Epiglottis, voluminöse Taschenbänder und Stimmbänder, an Stelle der Aryknorpel tumorartige Gebilde von Erbsengrösse, welche bei der Phonation die hintere Abtheilung der Stimmbänder verdeckten, hornartiges Vorspringen der Santorini'schen Knorpel, Verdickung der hinteren Kehlkopfwand.

SEIFERT.

110) **Maimin** (Postoky). **Die laterale Correspondenz der Lungen-Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Bern 1907/8.*

97 Fälle von Kehlkopf-Lungentuberculose aus der städtischen Poliklinik der Stadt Bern und dem cantonalen Volkssanatorium Berns.

Auffallend sind die grossen Differenzen zwischen den Zahlen verschiedener namhafter Autoren, zwischen 7,9 pCt. und 40 pCt. und in dieser Arbeit gar 56,7 pCt.! Offenbar liegen da ganz verschiedene Beurtheilungen der Fälle zu Grunde. Man sollte sich in dieser interessanten Frage dahin einigen, nur streng ein- und gleichseitige Lungen-Kehlkopftuberculosen als erwiesene laterale Correspondenzen zu rechnen. Sobald beiderseitig die Lungen oder beiderseitig der Kehlkopf befallen ist, unterliegt die bezügliche Beurtheilung sehr subjectivem Ermessen. Nach oben bezeichnetem Grundsatz wäre das Ergebniss in dieser Arbeit nur 11,33 Correspondenzen! In medicinischer Statistik kann nicht leicht zu viel gesichtet werden!

JONQUIÈRE.

111) **W. E. Casselberry. Tuberculose des Kehlkopfs; die Form, die sich zur Heilung eignet und die Principien der Behandlung. (Tuberculosis of the larynx; the type which is capable of recovery and the principles of treatment.)** (Vortrag, gehalten auf dem Tuberculose-Congress Washington 1908.) *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Verf. giebt eine Charakteristik derjenigen Fälle von Kehlkopfschwindsucht, bei denen Aussicht auf Heilung vorhanden ist. Er betont, dass die drei Cardinalprincipien der Tuberculosebehandlung — Ruhe, Freiluftbehandlung und forcirte Ernährung — bei Kehlkopfaffection energischer angewandt würden, als bei Lungenerkrankung allein. Die Ruhe muss aufgefasst werden nicht nur als Ruhe des Körpers und Geistes, sondern vor Allem auch der Stimme; sie ist für den er-

krankten Larynx genau so nöthig wie die Ruhestellung des tuberculös erkrankten Gelenks. Was die Freiluftbehandlung anbelangt, so kommt es vornehmlich darauf an, dass ein Ort gewählt wird, an dem eine eventuell nothwendige Localbehandlung durchgeführt werden kann. LEFFERTS.

112) U. C. Getchell. **Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Boston Medical und Surgical Journal. 24. December 1908.*

G. ist der Ansicht, dass der Kehlkopf auf dem Blut- oder Lymphwege inficirt wird. Er misst der Anämie des Larynx nicht die Bedeutung eines prämonitorischen Symptoms bei. Verf. bekämpft die Auffassung, dass man in den als hoffnungslos angesehenen Fällen die Hand fortlassen soll, denn unter der Behandlung stellt sich oft heraus, dass die aussichtslosen Fälle sich zu aussichtsreichen gestalten.

Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt Verf., abgesehen von den allgemeinen Maassregeln, intratracheale Injectionen von:

Rp. Guajacol 1,3
Menthol 2,6
Ol. Olivar. 27,0.

Er theilt für die Behandlung die Fälle in drei Klassen: Die erste charakterisirt durch mässiges Befallensein mit activen Entzündungserscheinungen, mit oder ohne Ulceration, mit Lungenerscheinungen und constitutionellen Symptomen; für diese Klasse eignet sich Sanatorienbehandlung und absolute Schweigekur, antiseptische Sprays und milde Inhalationen. Auf die Ulcerationen wird Jodoform aufgeblasen. Bei der zweiten Klasse bestehen localisirte Infiltrations- oder Ulcerationsherde mit inactiver Lungenläsion und ohne ausgesprochene constitutionelle Symptome; hier ist eine mehr active Behandlung angezeigt (Milchsäure mit nachfolgenden reinigenden Sprays und Zerstörung der localisirten Infiltrationsherde). Bei der dritten Klasse mit extensivem Befallensein des Larynx, besonders der Aryknorpel mit Infiltration der Epiglottis muss man sich darauf beschränken, die Schmerzen zu lindern und gegen die Erschwerung der Respiration einzuschreiten. EMIL MAYER.

113) George Fetterolf. **Die Symptomatologie der Kehlkopftuberculose. (The symptomatology of tuberculosis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 23. Januar 1909.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der Symptome der Kehlkopfschwindsucht und berücksichtigt besonders die Anzeichen, die geeignet sind, den Hausarzt — bereits ohne dass eine laryngoskopische Untersuchung vorgenommen ist — auf den Verdacht der Erkrankung hinzuleiten. LEFFERTS.

114) Dubar. **Larynxtuberculose und Syphilis. (Tuberculose laryngée et syphilis.)** *Société de médecine de Paris. 12. Februar 1909.*

Es giebt Mischformen von Kehlkopftuberculose und Syphilis. Die Behandlung muss sich zuerst gegen die Syphilis richten. In dem mitgetheilten Fall wurde Jod angewandt; die Tuberculose nahm weiter ihren Verlauf.

Mortier spricht die Ansicht aus, dass Quecksilber die Entwicklung der Tuberculose beschleunigt. GONTIER de la ROCHE.

115) **Thimoty Keardon. Tuberculöse Ulceration am Petiolus der Epiglottis. (Tubercular ulceration of the Petiolus region of the epiglottis.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Die Ulceration blieb ungefähr 2 Monate lang stationär; dann wurden auch die Aryknorpel und ary-epiglottischen Falten ergriffen. Anfangs bestand sonst nirgends im Kehlkopf eine Ulceration. EMIL MAYER.

116) **Jörgen Möller. Die Amputation der Epiglottis bei Personen mit Kehlkopftuberculose. (L'amputation de l'épiglotte chez les personnes atteintes de tuberculose du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 18. April 1908.*

Nach einer historischen Einleitung bespricht Verf. die Indicationen dieser Operation. Er berichtet dann über zahlreiche Details, zehn persönliche Beobachtungen. Die Resultate waren ermuthigend; wenn man nichts weiter erreichte als eine Beseitigung der Dysphagie, so würde dies bereits einen grossen Vortheil bedeuten. BRINDEL.

117) **Hugo Kraus** (Sanatorium Wienerwald-Pernitz, Niederösterreich). **Zur Technik der Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1909.*

Beschreibung der Technik und Angabe nebst Abbildung eines vom Autor construirten, leicht verstellbaren und gut fixirbaren „Ständerspiegels" zur Reflectirung des Sonnenlichtes in den Rachen.

Die Sonnenlichtbestrahlung erzielte bei ausgewählten Fällen sehr beachtenswerthe Resultate. HECHT.

118) **Hering. Allgemeine und chirurgische Behandlung der Lungentuberculose. (Obschtschéje i chirurgiischeskoje letschnije tuberkulesa gertani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 469. 1908.*

Hering wiederholt hier seine bereits bekannten Anschauungen hauptsächlich über chirurgische Behandlungsmethoden der Kehlkopftuberculose. Die Gefahr der Blutung wie auch der übrigen Complicationen ist gering, die Technik lässt sich aneignen. H. stelt die galvanocaustische Behandlung der chirurgischen gegenüber. P. HELLAT.

119) **C. P. Grayson. Einige chirurgische Eventualitäten bei Larynxtuberculose. (Some surgical emergencies associated with the tuberculous larynx.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal 1908. EMIL MAYER.

120) **Sargnon** und **Barlatier. Chirurgische Behandlung der tuberculösen Kehlkopfstenosen. (Traitement chirurgical des sténoses tuberculeuses du larynx.)** *Province médicale. 6. Februar 1909.*

Verff. sind der Ansicht, dass bei der Kehlkopftuberculose ausser beim Ein-





treten schwerer Stenose nur ausnahmsweise eine chirurgische Behandlung gerechtfertigt ist. Im Fall von Respirationsstörungen ist die Tracheotomie vorzuziehen; Laryngofissur und Laryngostomie können nur indicirt sein, wenn der Allgemeinzustand ausgezeichnet ist. GONTIER DE LA ROCHE.

121) **Careillon** und **Chalier** (Lyon). **Spontane Perforation der Trachea durch eine den linken Recurrens einhüllende tuberculöse Drüse. (Perforation spontanée de la trachée par un ganglion tuberculeux englobant le récurrent gauche.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 15. Juli 1908.*

Das demonstrirte Stück rührt von der Section einer Frau von 35 Jahren her, die an Erstickungsanfällen und Lähmung des linken Stimmbandes litt. Der Tod trat plötzlich ein. GONTIER de la ROCHE.

122) **D. v. Navratil** (Budapest.) **Eine neue ringförmige Trachealnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1908.*

Nach verschiedenen Versuchen entschloss sich Verf., nur die starke Schleimhaut der Luftröhre zu vernähen und die Knorpel, welche sonst sehr leicht von den Nähten durchgeschnitten werden, zu schonen. Um dies ausführen zu können, wird der Knorpel eines Trachealringes submucös entfernt. Versuche an Hunden, welche 4—8 Wochen nach der Operation getödtet wurden, bewiesen, dass diese Methode, deren ausführliche Beschreibung das Lesen des Originalartikels erheischt, eine vollkommene Adaptirung der Luftröhre ohne nachfolgende Verengerung ermöglicht. Verf.'s Vorschlag, bei totaler Larynxexstirpation vor Annähen des Stumpfes an die Haut einen Trachealring submucös zu entfernen, ist sehr beachtenswerth. v. NAVRATIL-POLYAK.

123) **D. R. v. Bleiweis** (Laibach). **Eine einfache Sprechcanüle, insbesondere zum Gebrauch nach Tracheotomie wegen Posticuslähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 163. 1907.*

Bei Verf.'s Canüle ist das Ventil in einer besonderen aus Silber verfertigten Kammer untergebracht, die mittels Bajonettverschlusses dem vorderen Canülenende aufsitzt. Das Ventilkügelchen ist aus Aluminium und legt sich beim Sprechen dicht an den entsprechend ausgehöhlten Vordertheil der Kammer an, während es beim Einathmen nach rückwärts gezogen wird, ohne hierbei ein unangenehmes Geräusch zu verursachen. Das Kammerstück kann mit Leichtigkeit von der Canüle abgenommen werden, indem die innere Röhre etwas vorgezogen und mit zwei Fingern fixirt wird. — Verf.'s Patient hat diese Canüle mit bestem Erfolge verwendet. Er trug sie vollkommen unsichtbar, durch einen bequemen Halskragen verdeckt. Leuten, die mit ihm zusammen kamen, fiel wohl die etwas leisere Stimme auf, aber niemand kam auf den Gedanken, dass er eine Canüle trage. Die Canüle wurde von der Firma H. Reiner (Wien) ausgeführt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

## f. Schilddrüse.

124) **William Kirk. Die Parathyreoiddrüsen. (The parathyreoid glands.)** *Albany Medical Annals. November 1908.*

Totale Entfernung der Parathyroiddrüsen hat bei vielen Thieren acute Symptome, Tetanie und Tod im Gefolge; beim Menschen folgt auf ihre Entfernung Ausbruch nervöser Symptome von ernstem Charakter. Diese Thatsachen sind von grosser Bedeutung für die Kropfoperation, da die kleinen Drüsen leicht übersehen werden können.

EMIL MAYER.

125) **Preobrashenski. Behandlung der Struma mit Arsonval'schen Strömen. (Letschenie suba tokami Arsenwalja.)** *Westnik uschn. gorl. nos. b. p. 81. 1909.*

P. behandelte 2 Fälle und erzielte gute Resultate.

P. HELLAT.

126) **Aspinwall Tudd. Weitere Mittheilungen über Behandlung vergrösserter Schilddrüsen mittels Röntgenstrahlen und hochfrequenter Ströme. (Further reports of treatment of enlarged thyroid by means of the x-ray and high frequency currents.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

Besteht eine Vergrösserung der Schilddrüse in Folge Zunahme der fibrösen oder colloiden Elemente, begleitet von Druckerscheinungen oder Deformation, so kommt nur die Operation in Frage, denn in diesen Fällen haben die Röntgenstrahlen entweder keine Wirkung oder sie führen in Folge Vermehrung der fibrösen Elemente zu einer Grössenzunahme des Tumors. In den Fällen jedoch, in denen es bereits zu einer Dilatation des Herzens gekommen ist oder bei denen die Einwilligung der Patienten zu einer Operation nicht zu erlangen ist, erzielt man sehr häufig mit den Röntgenstrahlen eine Besserung oder Heilung.

LEFFERTS.

127) **E. T. G. Beardsley. Die Anamnese von Patienten mit Morbus Basedow. (The anamnesis of subjects of exophthalmic goitre.)** *N. N. Medical Journal. 19. December 1908.*

Enthält nichts Neues.

LEFFERTS.

128) **Gilbert Ballet. Die Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 9. Januar 1909.*

Die Fehlschläge der Behandlung in manchen Fällen beruhen auf einer zu engen Auffassung von der Pathologie dieser Krankheit. Manche Formen entwickeln sich aus einfachen Kröpfen; in solchen Fällen ist der Gebrauch von Schilddrüsenextract, Jodoform und Thyreodectomie angebracht. Der Basedow'sche Symptomencomplex kann durch Affectionen in den Rachenorganen verursacht sein: Pharyngitis, Nasenpolypen etc., und Behandlung dieser Affectionen kann die Symptome zum Verschwinden bringen. Bisweilen hängt die Erkrankung von einer Affection der sympathischen Nerven ab. Veränderungen in der Ovarialsecretion und die Menopause sollen als Factoren bei dieser Erkrankung behandelt werden. Wo eine locale oder reflektorische Ursache auffindbar ist, soll die Behandlung dort einsetzen. In anderen Fällen wieder ist eine ererbte oder erworbene Irritabilität des

Nervensystems als Ursache anzuschuldigen; in diesen ist die nächste Aufgabe die, das Nervensystem durch Ruhe, Hydrotherapie und Hygiene zu beeinflussen. Elektricität hat wegen ihrer beruhigenden vasoconstrictorischen Wirkung und ihres Einflusses auf die Schilddrüsensecretion Werth. LEFFERTS.

129) **J. E. Mac Kenty. Thyreodectomie wegen malignen Morbus Basedow. (Thyreodectomy for malignant exophthalmic goitre.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Bei der Operation wurde der rechte Schilddrüsenlappen entfernt und die A. thyreoidea superior auf der linken Seite unterbunden. Alle Erscheinungen haben sich wesentlich gebessert bis auf den Exophthalmus, der — wie gewöhnlich — geblieben ist. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Lappens erregte den Verdacht auf Bösartigkeit, eine positive Meinung liess sich aber nicht gewinnen. Es besteht eine leichte Parese des linken Stimmbandes. EMIL MAYER.

130) **Krecke** (München). **Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1909.*

Einleitend bespricht K. die Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, erörtert differentialdiagnostisch die Erscheinungen des Thyreoidismus und die des „Basedow“ und berichtet anschliessend über seine klinischen und therapeutischen Erfahrungen an 17 operirten Basedowkranken. Die internen Mittel sollen bei jeder Basedow-Erkrankung neben der entsprechenden Allgemeinbehandlung zunächst in Anwendung kommen; versagen dieselben oder tritt gar eine weitere Verschlechterung in dem Befinden der Kranken ein, dann soll man zur partiellen Strumektomie schreiten. Man warte jedoch nicht zu lange mit dem chirurgischen Eingriff, damit die Kranken nicht allzu spät in einem elenden Zustande zur Operation kommen, deren Resultat nach den neuesten Statistiken, denen sich K.'s Erfahrungen anschliessen, ein nach jeder Richtung hin als günstiges bezeichnet werden muss. K. bespricht kritisch die einzelnen von ihm operirten Fälle, empfiehlt bei den meist geschwächten und hochgradig erregbaren Kranken die Operation in allgemeiner Narkose vorzunehmen und warnt beim „Status thymicus“ vor der Operation. Zum Schlusse bespricht K. noch die pathologisch-anatomischen Befunde an den exstirpirten Kröpfen und die Resultate der Blutuntersuchungen. HECHT.

## g. Oesophagus.

131) **Sidney Lange. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. (The Roentgen examination of the esophagus.)** *Lancet Clinic. 7. November 1908.*

Beschreibung der Technik der Untersuchung nach Schlucken von Bismuth, sowie Betrachtungen über den diagnostischen Werth der Methode. EMIL MAYER.

132) **Vignard, Sargnon, Arnaud** (Lyon). **Narbenstenosen. Oesophagoskopie. Oesophagotomie und retrograde Dilatation. (Sténoses cicatricielles. Oesophagoscopie. Oesophagotomie et dilatation rétrograde.)** *Lyon médical. 28. März 1909.*

Es handelte sich um ein Kind. Da dieses sehr ungebärdig war, sich auch

bronchopulmonäre Erscheinungen einstellten und es überdies nicht möglich war, die Stenose zu passiren, so gaben Verff. die Oesophagoskopie auf und dilatirten auf retrogradem Wege nach der cervicalen Oesophagotomie.

GONTIER de la ROCHE.

134) **F. Massei** (Neapel). **Wie sollten Münzen aus der Speiseröhre entfernt werden?** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 701. 1909.*

M. hat in mehr als 100 Fällen Münzen aus der Speiseröhre entfernt und nie einen Misserfolg erlebt. Er empfiehlt für die Entfernung von Münzen warm den Gebrauch des allzu wenig bekannten Kirmisson'schen Hakens, der gefahrlos und leichter anzuwenden ist als die Oesophagoskopie.

Handelt es sich um spitze Fremdkörper, dann empfiehlt auch M. in erster Linie die Oesophagoskopie.

OPPIKOFER.

134) **Jaboulay** und **Cremieux. Ein Löffel mittels Oesophagoscopia externa aus der Speiseröhre eines Tabeskranken entfernt. (Une cuiller extraite de l'oesophage d'une tabique par oesophagotomie externe.)** *Lyon médical. 28. März 1909.*

Die Kranke versuchte während einer gastrischen Krise den Rachen mittels eines Kaffeelöffels zu kitzeln, um sich zum Erbrechen zu bringen, wobei ihr der Löffel entschlüpfte. Es spielt dabei gewiss die durch die Tabes verursachte Herabminderung der Reflexe eine Rolle.

Nach Vornahme der Radioskopie wurde die Oesophagotomia externa gemacht, da es nach Ansicht der Verff. nicht möglich gewesen wäre, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen, weil seine Rigidität verhindert hätte, dass er die concave Krümmung vor dem pharyngealen Speiseröhrentheil passire.

Sargnon weist darauf hin, dass es wohl möglich gewesen wäre, den Fremdkörper in wenigen Minuten auf ösophagoskopischem Wege zu entfernen.

GONTIER de la ROCHE.

135) **Judet-Bonneau. Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 9. März 1909.*

Der Kirmisson'sche Haken ist ein gefährliches Werkzeug wegen der Zerreissbarkeit der Schleimhaut, wenn bereits 5—6 Tage seit dem Eindringen des Fremdkörpers verflossen sind.

Der Graefe'sche Münzenfänger ist gleichfalls nicht zu empfehlen. Dagegen befürworten Verff. das Schwammverfahren. Wenn der Ringknorpel dem Fremdkörper ein Hinderniss bietet, so soll man den Finger einführen und dadurch den Kehlkopf nach vorn ziehen.

GONTIER de la ROCHE.

136) **N. W. Green. Chirurgie der Speiseröhre. (Oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Record. 19. September 1908.*

Bericht über experimentelle Untersuchungen. Genaue durch Illustrationen erläuterte Beschreibungen der für die Resection der Speiseröhre gewählten Methoden. Hat vornehmlich chirurgisches Interesse.

LEFFERTS.

---

# III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

**a) Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Mit 150 Abbildungen, grösstentheils nach eigenen Originalen und 2 Tafeln in Lichtdruck. 3. vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1909.

Vor einigen Wochen ist die dritte Auflage der bekannten Hajek'schen Monographie über die entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase erschienen. Hatte die zweite Auflage der ersten gegenüber eine Vermehrung des Textes um ca. 30 Seiten gebracht, so beträgt sie diesmal mehr als 80 Seiten, ein Umstand, den der Verfasser in seiner Vorrede bedauert, den aber seine Leser nur mit Freuden begrüssen werden, da er Zeugniss ablegt von den Fortschritten, welche die Lehre von den Nebenhöhlenerkrankungen in dem letzten Jahrzehnt gemacht hat. Diese Erweiterung des Textes kommt hauptsächlich den therapeutischen Kapiteln zu gute, welche eine kritische Würdigung der vielen neuen Operationsmethoden bringen und eine Reihe praktisch wichtiger Rathschläge aus der reichen Erfahrung des Autors.

Weiter haben die Abschnitte, welche sich mit den Erkrankungen der Keilbeinhöhle und den Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen beschäftigen, eine eingreifende Umänderung erfahren, wie sie durch die Erweiterung und Vertiefung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete nothwendig wurde.

Wenn ein Handbuch, das ein so specielles Gebiet behandelt wie das Hajek'sche und das sich seiner ganzen Art nach an einen nur kleinen Leserkreis wendet, in einem Zeitraum von 9—10 Jahren 3 Auflagen erlebt, so ist jedes weitere Wort über seinen Werth und seine Wichtigkeit überflüssig. Trotzdem hält sich Ref. verpflichtet, noch einmal den Geist des ganzen Buches, seine letzte Tendenz, wie sie sich in der Indicationsstellung für die jeweiligen therapeutischen Maassnahmen hier und in anderen Hajek'schen Publicationen ausspricht, rühmend hervorzuheben. Tag für Tag fast sehen wir, wie sich die Indicationen für tiefeingreifende chirurgische Maassnahmen in der Rhinologie immer mehr weiten und dehnen. Nun dürfen wir gewiss stolz darauf sein, dass auch wir hier und da der grossen Chirurgie die Wege zeigen konnten, die sie selbst nicht gefunden hatte. Aber dieses frohe Gefühl des Könnens, ja selbst der glühende Wunsch, die Reputation unseres Sondergebietes durch eine möglichst grosszügige chirurgische Bethätigung zu heben, darf unsere Selbstkritik nicht bestechen. Dem Arzt und vor Allem dem Chirurgen ist nur das Nothwendige erlaubt! Und deshalb begrüsst Ref. es mit aufrichtiger Genugthuung, dass ein Autor, wie Hajek, von dessen Lebensarbeit das Studium der Nebenhöhlenerkrankungen einen so bedeutsamen Theil ausmacht, der selbst so geschickt und so gern operirt, sich weise zurückhält und nur dann zum Messer greift, wenn eine klare, zwingende Indication vorliegt und nicht die entfernte, unbestimmte Möglichkeit einer späteren Verschlimmerung.

Zum Schluss möchte Ref. noch dem Wunsche Ausdruck geben, dass Hajek in der 4. Auflage seines schönen Werkes die bisherige selbstgewollte Beschränkung auf die „entzündlichen" Erkrankungen der Nebenhöhle aufgiebt und eine ausführ-

liche Besprechung der Syphilis, der Tuberculose und der Geschwülste der Nebenhöhlen in sein Werk aufnimmt. A. Kuttner (Berlin).

**b) William Lincoln Ballenger, M. D. Diseases of the nose, throat and ear.** Illustrirt durch 471 Zeichnungen und 16 Tafeln. Lea und Febiger, Philadelphia und New-York 1908.

Von dem 900 Seiten starken Werke sind zwei Drittel den Krankheiten des Halses und der Nase gewidmet. Es zeichnet sich durch Vollständigkeit und Klarheit aus: besonders ist hervorzuheben die Anschaulichkeit, mit der die Details der Operationen beschrieben sind. Die Beziehungen von Hals- und Nasenkrankheiten zu anderen Organen sind sorgfältig behandelt. Das Kapitel von den malignen Kehlkopferkrankungen zeichnet sich durch eine besonders eingehende und genaue Darstellung aus. Die Arbeiten anderer Autoren sind gewissenhaft berücksichtigt und ein durch das ganze Buch hindurchgehender Conservativismus fällt angenehm auf und zeugt von einer reichen Erfahrung des Verfassers.

Die Illustrationen sind vortrefflich. Einige Druckfehler, besonders in den Eigennamen, müssen in späteren Auflagen ausgemerzt werden.

Das Buch ist im Ganzen eine werthvolle Bereicherung unser Literatur und wird sowohl dem Studirenden wie dem Specialisten von Nutzen sein.

Emil Mayer.

### c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März 1909.

Grabower zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms, das dicht unterhalb des Ringknorpels begann und sich 18 cm nach unten erstreckte und den linken Recurrens comprimirte. Der linke Posticus und Vocalis sind verschmächtigt, wie man schon makroskopisch sehen kann.

Scheier stellt einen Fall von totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand vor. Er durchschnitt sie mit einer abgebogenen Scheere und versucht durch einen Gutzmann'schen Handobturator die so hergestellte Oeffnung zu erhalten.

Rosenberg hält einen Dauererfolg für zweifelhaft. In einem Falle, in dem die Verwachsung unterhalb des Constrictor sup. lag, brannte er ein Loch ins Velum, das nach Bougirung offen blieb.

Herzfeld hat in zwei Fällen nach der Durchtrennung der Verwachsung grosse Stücke des weichen Gaumens entfernt.

A. Meyer erinnert an die Iwanow'sche Operation.

Heymann fand in einem entsprechenden Falle das Geruchsvermögen aufgehoben, nur wenn mit Riechstoffen geschwängerte Luft in die Nase getrieben wurde, fand eine Geruchswahrnehmung statt.

Wischnitz zeigt das Präparat eines Falles von Recurrenslähmung in Folge eines mediastinalen Lymphosarkoms. In vivo fand sich eine linksseitige Internus- und rechtsseitige Recurrenslähmung; erstere ist vielleicht durch Druck einer an den linken Recurrens angewachsenen Drüse entstanden.

B. Fränkel: Das würde ein Beweis gegen das Semon'sche Gesetz sein.

Wischnitz will nur die Vermuthung eines Zusammenhangs ausgesprochen haben.

Wischnitz demonstrirt einen Patienten mit Lymphosarkom des weichen Gaumens und der linken Tonsille.

Sobernheim: Serologische Untersuchungen bei Ozaena.

Bei 17 Fällen von reiner Ozaena ergab die Wassermann'sche Reaction ein negatives Resultat. Demnach ist die Ozaena nicht als metasyphilitische Erkrankung anzusehen. Jedenfalls giebt es Fälle von Ozaena, die mit Lues nichts zu thun haben.

Alexander: In der Aetiologie der Ozaena spielt die Tuberkulose keine Rolle. Es giebt sicher Fälle von Ozaena, die auf Lues zurückzuführen sind. 1. Fälle von Sequesterbildung mit übelriechenden Borken. 2. Atrophie und Borkenbildung nach gummöser Erkrankung der Nasenschleimhaut. 3. Ozaena auf Grund hereditärer Lues. Auch sonst giebt es Ozaenafälle, die auf hereditäre Lues zurückzuführen sind, selbst wenn die Wassermann'sche Reaction hier ein negatives Resultat giebt; vielleicht werden bei der Ozaena Stoffe ins Blut übertragen, die durch diese Reaction nicht nachweisbar sind. Zwischen Lues der Nase und Ozaena besteht eine Aehnlichkeit: Atrophie, Borkenbildung, Fötor; beide können ererbt sein; gleichartige Knochenveränderungen; Borkenbildung gleicher Art; interstitielle Entzündungen der parenchymatösen Organe. Er hat noch nie einen Patienten gesehen, der in früher Jugend schon Ozaena gehabt und sich später luisch inficirt hätte.

Im Uebrigen hat A. bei 26 Ozaenapatienten die Wassermann'sche Reaction als negativ befunden.

Scheier erhielt bei 8 Ozaenakranken ebenfalls immer ein negatives Resultat.

Rosenberg findet einen Unterschied zwischen dem Geruch der Ozaena und der Syphilis der Nase, glaubt auf Grund einiger eigenen Fälle an syphilitische Aetiologie mancher Ozaenafälle und bezweifelt, dass Ozaenakranke sich nicht syphilitisch inficiren.

Halle: Wahrscheinlich spielt die Lues bei einer Reihe von Ozaenafällen eine grosse Rolle, wenn auch der Beweis nicht erbracht ist.

B. Fränkel: Das Ergebniss der serologischen Untersuchungen muss berücksichtigt werden; jedenfalls giebt es eine Reihe von Ozaenafällen, die mit Syphilis nichts zu thun haben.

Heymann constatirt einen Unterschied zwischen dem Geruch der Ozaena und Syphilis der Nase.

Schötz hält die hereditäre Syphilis als ätiologischen Factor bei der Ozaena für nicht wahrscheinlich; dagegen spielt die Gonorrhoe wohl eine Rolle.

## Sitzung vom 23. April 1909.

Rosenberg stellt eine Patientin mit primärem Larynxlupus vor, deren Schwester dieselbe Erkrankung aufweist. Befallen sind die Epiglottis und die Taschenbänder.

Bruck demonstrirt 1) eine Patientin mit Pharyngomycosis lepthotricia und 2) einen Speichelstein der Glandula sublingualis.

Claus zeigt eine Patientin mit recidivirendem Oedem des Larynx.

Levinstein: Histologie der hyperplastischen und atrophischen Gaumenmandel.

Die Hyperplasie entsteht durch das Auftreten einer erheblichen Anzahl von besonders vermehrungsfähigen Lymphoblasten im adenoiden Gewebe, die ihrerseits zur Bildung von Follikeln Veranlassung geben, die sich durch ihre grosse Zahl und Grösse sowie durch die excessive Grösse ihres Keimcentrums und zahlreiche Mitosen in ihm auszeichnen.

Bei der Atrophie findet kein Uebertritt von Lymphoblasten aus den Lymphcapillaren in das Tonsillenparenchym statt resp. keine Bildung von Lymphoblasten, und die in der Mandel etwa noch vorhandenen stellen ihre Thätigkeit ein. Es schwinden die Mitosen in den etwa noch vorhandenen Keimcentren, diese selbst und allmählich auch die Follikel. Das Bindegewebe nimmt zu und geht allmählich in Schrumpfung über.

## Sitzung vom 21. Mai 1909.

A. Rosenberg stellt zwei Patienten mit Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand und des Zungengrundes mit ihr und den seitlichen Pharynxwänden vor, so dass eine Membran den Eingang in den Oesophagus und Larynx verdeckt bis auf ein kleines Loch, das in dem einen Falle in der Mitte, im andern seitlich gelegen ist.

Scheier zeigt einen Patienten mit einseitiger Stimmbanderkrankung — Röthung und kleinknotige Verdickung —, die weder Tuberculose, noch Syphilis, noch Carcinom ist.

Rosenberg hält diesen Fall für identisch mit denen, die er 1905 beschrieben hat und bei denen es sich um eine chronische katarrhalische Entzündung handelt.

B. Fränkel hat ebenfalls solche beobachtet.

Alexander gleichfalls.

Reimer stellt einen Patienten mit einem aberrirten Zahn in der Nasenhöhle vor.

Hoffmann demonstrirt einen Patienten mit Kehlkopftuberculose, bei dem die Grabower'sche Stauungsbinde die Schluckbeschwerden beseitigt hat.

Finder zeigt einen Mandelstein, den er aus der Fossa supratonsillaris entfernt hat und der von einer Hülle umgeben war, die ihrerseits nichts anderes darstellt als die colossal dilatirte und nach vorne ausgebuchtete Plica triangularis. Es ist möglich, dass die Mandelsteine sich bisweilen in der Fossa supratonsillaris finden.

Rosenberg kann dies aus eigener Beobachtung bestätigen.

Halle zeigt einen Patienten mit Tuberculose des Pharynx und Larynx, die, da die Lungen frei sind, wahrscheinlich eine primäre ist.

B. Fränkel hat auf das Vorkommen einer solchen schon lange aufmerksam gemacht.

Sturmann glaubt, dass es sich dabei gewöhnlich um eine acute allgemeine Miliartuberculose handelt, die im Rachen zuerst manifest wird.

Scheier: Zur Physiologie der Stimme und Sprache.

Sch. macht auf die entschiedenen Vorzüge, die die Momentaufnahmen des Ansatzrohrs mittelst der Röntgenstrahlen für sie gegenüber den bisherigen Untersuchungsmethoden haben, aufmerksam und berichtet über eine Reihe derartiger eigener Untersuchungen. Er zeigt skiagraphische Aufnahmen von der Stellung des Articulationsrohrs bei der Aussprache verschiedener Vocale; bei Nasenlauten und Diphthongen, sowie beim Singen geschulter und ungeschulter Sänger, bei verschiedener Tonhöhe und bei Brust- und Kopfstimme.

Die Discussion wird vertagt. A. Rosenberg.

---

### d) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

Sitzung vom 14. März 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

1. Hellat: Demonstration: Struma aneurysmat. mit starker Pulsation.

Nikitin, Okunew und Kubli nehmen an der Discussion Theil.

2. Bomasch: Fall von primärem Lupus laryngis.

In den Lungen leichte Dämpfung mit Bacillen. Infiltrat der Epiglottis kleinkörnig; ähnliches Infiltrat im Interarytaenoidalraum. Allgemeinzustand gut.

Lewin fragt, wie der Bacillenbefund zu erklären sei.

Nikitin empfiehlt Röntgentherapie.

Borsilowitsch: Fall von Kehlkopfkrebs mit Demonstration des Präparates.

An der Discussion, die sich an diesen Fall knüpfte, betheiligten sich Okunew, Nikitin, Olchin, Bromson, Hellat und viele andere. Es handelte sich mehr um ethische und socialpolitische als um wissenschaftliche Fragen.

Sitzung vom 28. März 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

Lewin: Vorstellung eines 9jährigen Mädchens mit totaler Aphonie seit 6 Monaten. Behandlungsmethoden jeglicher Art erfolglos. Keine Symptome von Hysterie. Paralyse aller Adductoren.

Bomasch: Ob Hysterie hier ausgeschlossen werden kann? Ein ähnlicher Fall wurde durch Faradisation und tiefe Einathmungen geheilt.

Wiltschur erkundigt sich nach der Empfindlichkeit des Kehlkopfinnern.

Hellat möchte hier eher von einer Parese sprechen. Eine Bewegung der Stimmbänder ist vorhanden, nur kein völliger Schluss.

Lewin: Nach Semon stellt sich nach längerer Dauer eine gewisse Beweglichkeit ein. Für Paralyse spricht die Cadaverstellung.

Hellat: Von Cadaverstellung kann hier nicht gesprochen werden. Diese stellt sich ein bei Paralyse der Adductoren und Abductoren.

Bomasch: Vorstellung eines Patienten mit chronischer Diphtherie der Nase und des Nasenrachenraums. Temp. leicht erhöht, bis 38,3 seit 3 Monaten. Schwellung der Nasenschleimhäute, ebenso des Rachens. An den Choanen oberflächliche Geschwüre mit Pseudomembranen. Lymphdrüsen stark geschwellt. Löfflerbacillen. Behandlung local und mit Serum hatte bisher keinen Erfolg.

Erbstein sah in einer Familie 3 chronische Diphtheriekranke. Ein Todesfall.

Iljisch beobachtete an Kindern chronische Diphtherie ohne Temperaturerhöhung. Serum hat in chronischen Fällen keinen Erfolg.

Sacher hält das Bild nicht diphtherieähnlich. Bacillen finden sich auch bei Gesunden.

Wiltschur erkundigt sich nach der mikroskopischen Untersuchung.

Hellat: So hohe Temperatur von so langer Dauer sprechen nicht für chronische Diphtherie. Man könnte vielleicht die Ursache für die Temperaturerhöhung in den Lungen finden.

Bomasch: Die anhaltende Temperaturerhöhung ist thatsächlich eigenthümlich. Doch sind Diphtheriebacillen in den Membranen gefunden.

Hellat: Vorstellung von zwei Patienten:

1. Pflaumengrosse Delle an der rechten hinteren Rachenwand. Der Grund körnig, schwärzlich dunkel gefärbt, vertieft. Sonst keine pathologischen Erscheinungen.

2. Auf dem harten Gaumen Knötchen, welche sich vom Foramen incis. in der Mittellinie nach hinten ziehen. Knorpelharte Consistenz, schmerzlos, mit normaler Schleimhaut überzogen. Beide Fälle zur Diagnose.

Sacher hält den ersten Fall für Argyrosis.

Hellat: Für Argyrosis keine anamnestische Daten. Auch ist die Atrophie der Schleimhaut an der betreffenden Stelle bei Argyrosis nicht erklärlich.

Okunew: Bemerkungen zur Operation Otto Freer's. Vortrag.

Goldstein hält die Operation von Freer für eine Vervollkommnung der Hartmann'schen. Im Vergleich zur Killian'schen muss sie als ein Schritt zurück bezeichnet werden.

Lewin möchte die Priorität für diese Operation Freer absprechen. Sie ist eine Modification der Krieg-Zarniko'schen Methode.

Erbstein findet, dass die Freer'sche Methode der Killian'schen nachsteht. Der Lappen kann abgerissen werden, Blutverlust stärker, grössere Möglichkeit der Perforation.

Sitzung vom 25. April 1908.

Vorsitzender: Shirmanski.

Bromson stellt eine Larynxtuberculose vor, bei der er angefangen hat, das Tuberculin anzuwenden.

Hellat warnt vor zu rosigen Hoffnungen. Er hat mehrere Fälle von schweren Complicationen, wie z. B. acute Miliartuberculose beobachtet. Die Ursache könne zum Theil in der ambulatorischen Behandlung liegen.

Wiltschur sieht in den Behauptungen des Vorredners zu grossen Pessimismus.

Nikitin schliesst sich ihm an.

Bromson glaubt, dass vorsichtige Anwendung und aufmerksames Verfolgen vor bösen Zufällen schützen könne.

P. Hellat: Eindrücke von dem ersten Internationalen Rhino-Laryngologen-Congress.

Sitzung vom 26. September 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

1. Nikitin: Vorstellung eines schweren Falles von Larynx-Rachen-, Mund-, Zungen-Sklerom.

Der Patient kann nur mit Mühe sprechen und schlucken. Sonst keine Klagen. Die Krankheit dauert bereits 10 Jahre.

Sacher sah den Kranken vor 5 Jahren. Damals war der Zustand sehr ähnlich.

Hellat findet die Entwickelung des Skleroms im Muskelgewebe etwas eigenthümlich.

Katz denkt an Amyloid.

Bromson erwartet von der Fibrolysinbehandlung Resultate.

2. Goldstein: Verwundung des Kehlkopfs durch Schuss.

Bei einer Expropriation wurde einem Kornspiritusverkäufer der Hals durchschossen. Der Kehlkopf functionirt beim Athmen gut, obgleich die Kugel die rechte Larynxhälfte getroffen und das rechte Stimmband sammt dem falschen Stimmbande verunstaltet hat.

3. Demonstration einer ausgedehnten Oberkieferzerstörung durch chronische Highmoritis.

Die Diagnose schwankte zwischen Neoplasma und Empyem, da die Gegend der Fossa canina stark vorgebaucht war, die entsprechende linke Nase vollständig verstopft und blutend. Absolut keine Schmerzen; Eiter in der linken Nase.

Operation nach Denker. Es ergab sich eine weite Höhle mit dickem Eiter gefüllt. Entfernung des Eiters ohne besondere Auskratzung. Heilung in kurzer Zeit, obgleich die Vorderwand der Higmorshöhle zum grossen Theile, die mediale und obere Wand auch in bedeutendem Umfange zerstört waren.

Goldstein möchte an eine Cyste denken.

Bomasch weist auf die analogen von Texier beschriebenen Formen von käsigen Eiterungen hin, welche gewöhnlich gut heilen.

4. P. Hellat: Demonstration eines umfangreichen Nasenrachenpolypen, den er vermittelst einer Schlinge entfernt hatte. Der Polyp reichte an den Rand des weichen Gaumens.

Litschkus fragt an, ob hier nicht eine Bekräftigung für die Lehre von Killian und Ino Kubo vorlag, wonach die Nasenrachenpolypen in der Highmorshöhle ihren Ursprung haben und durch Aufmeisselung dieser Höhle zu operiren sind.

Nikitin führt eine Beobachtung an, die für Killian-Ino Kubo spricht.

Schwanebach möchte nicht in jedem Falle an eine Trepanation gehen.

Hellat kann den Vorschlag, alle Nasenrachenpolypen durch Highmorshöhlen-Trepanation zu behandeln, nur zu den Curiositäten unserer Disciplin zählen. Jedermann von uns kennt eine ganze Reihe von Fällen, wo eine einfache Extraction dauernde Heilung brachte.

Sitzung vom 10. October 1908.

Vorsitzender: Hellat.

1. Shirmanski: Demonstration einer 7jährigen Patientin mit subglottischer Stenose, wahrscheinlich entstanden durch 11tägiges Liegenbleiben der Intubationsröhre.

Bomasch räth, Fibrolysin zu versuchen.

Hellat schliesst sich dem an. Erst nach dem Misslingen ist an eine blutige Operation zu denken.

2. Iljisch: Demonstration zweier Steine aus dem Ductus Whartonianus. Beide Steine wurden an einem Tage aus dem Ductus entfernt.

Eljassen erwähnt, dass bei seinem Patienten nach $1^1/_2$ Jahren wieder ein Stein abging.

3. Sonki: Function der Muskeln bei Oeffnung und Schliessung des Kehlkopfes. Vortrag.

Erbstein begrüsst die Initiative von Sonki als Gesanglehrer, seine Beobachtungen im Aerzte-Verein vorzutragen. Aber er kann leider die Anschauungen des Vortragenden nicht theilen.

Goldstein, Mejerowitsch, Katz, Shirmanski und Ridnik weisen auf verschiedene Mängel der Auffassung hin. P. Hellat.

---

**e) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.**

Sitzung vom April 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Jobson Horne: Ein Autograph von Johann Nepomuk Czermak aus dem Jahre 1869.

Handelt von einem beabsichtigten Besuch in London.



James Donelan: 1) Kehlkopftumor bei einer 44jährigen Frau (Tuberculose?).

Zur Diagnose.

2) Zwei Fälle zur Illustration des Einflusses lang vernachlässigter Adenoide auf die Entwicklung der Oberkiefer und der Nasenscheidewand.

Ball meint, dass bei der Entwicklung der Deformationen, die bisweilen entstehen, wenn adenoide Vegetationen vor der zweiten Dentition entfernt worden sind, die Erblichkeit eine Rolle spiele.

Tilley weist auf die Ideen Mocher's betreffs des Zusammenhangs zwischen irregulärer Dentition und Deformität des Zwischenkiefers und Septums hin.

Tilley, Westmacott und Barwell haben zeitweilige, aber erhebliche Verdickung des Septums nach submucöser Resection bei Kindern beobachtet.

St. Clair Thomson: Zwei Radiogramme zur Veranschaulichung des Werthes der Röntgenstrahlen beim Sondiren und Ausspülen der Stirnhöhlen.

Auf dem einen Radiogramm sah man, dass die Sonde in der That in eine Siebbeinzelle eingedrungen war, während man ihrer Lage nach angenommen hatte, dass sie in der Stirnhöhle wäre. Das zweite Radiogramm zeigt die Sonde in der Stirnhöhle.

Dundas Grant: Thyreo-linguale Fistel behandelt mit Elektrolyse und Excision.

Auf die Elektrolyse folgte die Excision. Pat. ist seit 2 Jahren geheilt.

Betham Robinson: Polypoide Geschwulst des Kehlkopfs.

Es handelte sich um ein Lymphangiom, das unterhalb der vorderen Commissur seinen Sitz hatte.

Scanes Spicer: Neubildung am Stimmband eines 76jährigen Mannes. (Bereits vorgestellt Juni 1905 und Februar 1906.)

Wie bereits früher wurde die Neubildung vollständig mit der Zange entfernt; es handelte sich um auffallend weisse Massen. Die Untersuchung ergab nichts Bösartiges trotz des verdächtigen Aussehens und des hohen Alters des Patienten.

Stanley Green und Lambert Lack: Kehlkopfgeschwulst zur Diagnose.

Es handelte sich um einen rothen von der hinteren Wand der subglottischen Region entspringenden Tumor. Pat. ist 56 Jahre alt. Die Calmette'sche Reaction fiel positiv aus und mittelst der Röntgenstrahlen wurde das Vorhandensein einer Lungenaffection festgestellt. Redner neigen zu der Annahme, dass es sich um ein Tuberculom handele.

Watson Williams und Dundas Grant halten den Tumor für ein Chondrom.



**C. A. Parker: Infiltration der Nasenhöhle bei einem 50jährigen Mann.**

Nach Ueberstehen einer Influenza setzte eine wässrige Absonderung aus der Nase ein und es entwickelte sich eine Verdickung des Septums und der Muscheln; diese Verdickung fühlte sich bei Berührung fest an. Ein der mittleren Muschel entnommenes Stück wurde untersucht und es ergab sich, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handelte.

Pegler und Wyatt Wingrave discutiren über die Diagnose: Syphilis, Lupus oder Rhinosklerom.

Dan Mc. Kenzie: Hämatom und Ulceration des Septums mit Fistelöffnung in die Mundhöhle neben dem Frenulum der Oberlippe.

Es handelte sich um ein Trauma.

De Santi: Fall von Nasenverstopfung zur Diagnose.

Symmetrische Schwellung des Septums von rother Farbe. Die Affection hat einen chronischen Verlauf.

Kelson: Knöcherne Auswüchse am Ober- und Unterkiefer bei einem 30jährigen Mann.

Die Processus nasales der Oberkiefer waren sehr verdickt und die Knochen der unteren Muscheln stark vergrössert und drückten gegen das Septum. Auch am Unterkieferknochen befand sich ein Auswuchs.

Betham Robinson hat einen ähnlichen Fall, den er als Leontiasis ossea deutet.

Dan Mac Kenzie: Ein ähnlicher Fall von Leontiasis ossea mit Verlegung der Nase ist in der Sammlung des Royal College of Surgeons zu sehen.

Horsford: Ein neues Instrument zum Heben der Epiglottis.

Eine Verbesserung des in der Decembersitzung demonstrirten Instruments.

Davis: 1. Geschwulst am Stimmband (Fibrom?).

2. Cyste am Nasenboden.

Tilley: Patient mit zweimaliger Stirnhöhlenoperation.

Vergleich zwischen einer vollkommenen und unvollkommenen Killian'schen Operation.

Stuart Low beschreibt eine von ihm angewandte Verbandmethode, die den Vortheil hat, dass ein Druck auf die Wunde vermieden wird.

Dundas Grant: Larynxcarcinom.

Frage der Operabilität.



Sitzung vom Mai 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Syme: Stereoskopische Photographien von Patienten, die nach verschiedenen Methoden wegen Stirnhöhleneiterung operirt wurden, nebst Demonstration der Paraffininjectionen zur Correction von Deformitäten nach jenen Operationen.

Jobson Horne: Präparate von Sarkomen und anscheinenden Sarkomen der oberen Luftwege.

Er findet sich darunter ein Fall von Siebbeinsarkom, der nach einfacher Entfernung gesund blieb; ein Endotheliom des Larynx, das localisirt blieb, und ein Endotheliom der Nase. Die Diagnose Sarkom ist augenscheinlich in vielen Fällen, die als solches aufgefasst werden, incorrect.

Dan Mac Kenzie: Mucocele des vorderen Siebbeinlabyrinths, von der Nase aus eröffnet.

Durch Anlegung einer breiten Oeffnung im vorderen Theil des mittleren Nasenganges wurde Heilung erzielt.

Dundas Grant: Grosser postnasaler Polyp, aus dem Antrum entspringend, ein Nasenrachenfibrom vortäuschend.

Mit dem Polypen wurde ein langer Stiel entfernt.

Mehrere Redner sprechen über ihre Erfahrungen, den von Killian beschriebenen antralen Ursprung dieser Polypen betreffend.

Jobson Horne: Lupus der Epiglottis.

Es bestand auch eine geringfügige Erkrankung in der Nase.

St. Clair Thomson spricht über die von Escat aufgestellte Behauptung, dass Lupus des Kehlkopfs nicht ohne Lupus der Nase vorkommt.

Clayton Fox: Kehlkopflähmung (zur Diagnose).

Kelson: Fall von Schwellung am rechten Aryknorpel mit Bewegungsbeschränkung.

Wahrscheinlich tuberculös.

Andrew Wylie: Angiom der rechten Tonsille.

Tod hat in einem früher vorgestelltem Fall von Angiom des Gaumens die Carotis externa unterbunden ohne irgendwelche schädliche Folgen.

Dundas Grant: 1. Congenitaler Larynxstridor.

Ansaugen der ary-epiglottischen Falten während der Inspiration. Das Kind ist $3^1/_2$ Jahre alt. Nach Entfernung der Adenoiden trat Verschlechterung ein.

2. Lupusartige Ulceration am Boden des Vestibulums bei einem Phthisiker.

Bond: Bösartige Geschwulst hinter dem Ringknorpel mit Vergrösserung der Schilddrüse.

Hamilton Burt: Deviation des Septums und Phthise.

Es wird die Frage erörtert, ob es angezeigt ist, bei einem in Besserung befindlichen Fall von Phthise die Septumdeviation zu operiren.

E. Ward: Subcutane Induration an Stirn und Hals bei einer 52jährigen Frau.

Vor 3—4 Jahren wurde eine Schwellung über dem Schildknorpel constatirt, die sich dann nach unten bis zur Clavicula und Sternum ausdehnte.

Mehrere Redner denken an eine tiefsitzende Zellgewebsentzündung.

Ward erwähnt drei solche Fälle, die als Cellulitis behandelt wurden und sich als maligne Erkrankungen (Lymphosarkom und Endotheliom) heraussstellten; der dritte heilte unter Jod und X-Strahlen.

Dundas Grant: Killian'sche Stirnhöhlenoperation.

Ein ausgedehnter Fall mit gutem Resultat. E. B. Waggett.

## IV. Briefkasten.

### Otologie und Laryngologie oder Oto-Laryngologie?

Unter diesem Titel veröffentlicht in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" (No. 23, 10. Juni d. J.) deren Herausgeber Prof. J. Schwalbe einen Aufsatz, der beweist, wie grosses Interesse die Frage, die noch bis vor Kurzem nur in den unmittelbar betheiligten Fachkreisen discutirt wurde, jetzt auch beim grösseren ärztlichen Publicum erregt. Die Thatsache, dass der Herausgeber eines der maassgebenden Organe der deutschen medicinischen Fachpresse zu dieser Frage das Wort ergreift, möge es rechtfertigen, wenn wir an dieser Stelle auf den Inhalt des Artikels etwas ausführlicher eingehen:

Schwalbe geht von einer Statistik aus, die von Printzing aufgestellt worden ist. Printzing veröffentlicht am Schluss jedes Jahres in der Deutschen med. Wochenschrift eine statistische Zusammenstellung über „die Aerzte Deutschlands", der die Angaben des Reichs-Medicinalkalenders zu Grunde liegen. In der Printzing'schen Statistik vom Jahre 1907 (Deutsche med. Wochenschrift. 1907, No. 52) werden 95 Otologen, 85 Specialisten für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten und 686 Oto-Laryngologen aufgeführt. Diese Statistik nun wird von Schwalbe als „zum mindesten für zweifelhaft" bezeichnet, da im Reichs-Medicinalkalender sowohl die Otologen, die sich gleichzeitig mit Nasenkrankheiten beschäftigen, wie diejenigen, die ausser der Ohrenheilkunde auch Rhinolaryngologie treiben, durch ein und dasselbe Zeichen charakterisirt seien. Es sei also sicher, dass von dem Statistiker eine grosse Anzahl von Oto-Rhinologen irrthümlich als Oto-Laryngologen aufgeführt worden ist. Schwalbe muss am competentesten beurtheilen können, wie bei der Bezeichnung der Specialisten im Reichs-Medicinalkalender verfahren wird, denn er ist selbst dessen Herausgeber und hat jene Bezeichnungen eingeführt.

Was nun die Vereinigung von Otologie und Laryngologie im Universitätsunterricht anbetrifft, so wird der von den Fusionisten immer wieder ins Feld geführte „wissenschaftliche" Grund, dass Rhinologie und Pharyngologie zwischen beiden Fächern Verbindungsglieder bilden, durch Schwalbe mit dem Hinweis darauf abgethan, dass danach auch die Lungen und der Magendarmcanal hinzugezogen werden könnten, „denn die Bronchien und der Pharynx schlagen zu diesen Organen eine Brücke". Schwalbe sieht als maassgebend für die Vereinigung der beiden Fächer an den kleineren und für ihre Trennung in den grösseren Universitätsstädten lediglich Opportunitätsgründe an.

Was speciell Berlin betrifft, so weist S. darauf hin, dass hier die Vereinigung auch von rein praktischen Gesichtspunkten eine Unmöglichkeit darstellt; denn nach

den vorliegenden Frequenzziffern der staatlichen Kliniken und Polikliniken für Ohrenkranke einer- und Hals-Nasenkranke andererseits müsste bei ihrer Vereinigung in einer Hand dem Leiter — auch wenn er durch seine Assistenten entlastet wird — die Aufgabe gestellt werden, nicht weniger als 22000 Kranke im Jahr ärztlich zu versorgen. Es würden also die Unterrichtsverhältnisse nicht vereinfacht, sondern verschlechtert werden und — fährt Schwalbe wörtlich fort —: „Wir haben aber in Berlin wirklich allen Grund, die Verhältnisse unserer Facultät nicht zu verschlechtern“. An der Hand einer graphischen Darstellung führt nämlich Schwalbe den Nachweis, dass „die Frequenz der Berliner Medicinstudirenden sowohl im Verhältniss zu der Gesammtziffer der Mediciner zurückgegangen, als auch von derjenigen der Münchener Studirenden nicht unbeträchtlich überholt ist“, und er schliesst mit dem Appell an die Unterrichtsverwaltung, „dass sie ihre Fürsorge für die persönliche und materielle Organisation der Berliner medicinischen Facultät verdopple, um ihre Anziehungskraft für die Studenten zu erhöhen und ihr am Ende ihres ersten bezw. am Beginn ihres zweiten Säculums wieder die Stellung zu verschaffen, die sie in der Vergangenheit eingenommen hat und die ihr als der reichshauptstädtischen gebührt.“

---

Eine Statistik Printzing's und zwar diejenige aus dem Jahre 1908 (Deutsche med. Wochenschr., 1908, No. 53) — wieder angefertigt nach dem Reichs-Medicinalkalender für 1909 — legt auch O. Körner (Rostock) einer kurzen Betrachtung zu Grunde, die er über die Zahl der Otologen, Laryngologen und Oto-Laryngologen in Deutschland im letzten Heft der „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“ veröffentlicht. Printzing selbst hatte sich diesmal darauf beschränkt, die statistischen Angaben über die Specialisten nur für die 39 Grossstädte Deutschlands aufzustellen, da er der Ansicht war, dass in diesen dem Specialistenthum eine grössere Bedeutung zukomme, als in den Mittel- und Kleinstädten. Nach dieser Statistik gab es im Jahre 1908 in Deutschland 18 Oto-Ophthalmologen, 53 Otologen, 57 Rhino-Laryngologen und 460 Oto-Rhino-Laryngologen. Körner hat sich damit nicht begnügt und hat — gleichfalls aus dem Reichs-Medicinalkalender „nach Berichtigung einiger Irrthümer“ für 1908 die Zahlen der in den Mittel- und Kleinstädten, sowie auf dem Lande thätigen Otologen, Rhinologen und Laryngologen festgestellt und kommt zu dem Ergebniss, dass es 46 Oto-Ophthalmologen, 75 Otologen, 69 Rhino-Laryngologen und 771 Oto-Rhino-Laryngologen im Jahre 1908 in ganz Deutschland thätig waren.

Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass dieselbe Fehlerquelle, die Schwalbe in den Printzing'schen Statistiken nachgewiesen hat, sich natürlich auch in der Körner'schen Zusammenstellung, die ja ebenfalls auf den Angaben des Reichs-Medicinalkalender beruht, wiederfindet. Geräth aber diese statistische Grundlage ins Wanken, so verlieren natürlich auch die Folgerungen, die Körner auf ihr aufbaut, ihren Halt. Statistiken gegenüber ist eben immer ein gewisses Misstrauen gerechtfertigt, denn wie sagt doch der von Semon einmal citirte englische Arzt: „There are three kinds of lies: lies, damned lies and statistics!“

---

Im Anschluss an diesen Beitrag zur Frage der Trennung oder Vereinigung von Otologie und Laryngologie bringen wir die Mittheilung, dass Prof. Dr. Lange, Director der Poliklinik für Ohrenkranke in Greifswald, einen Lehrauftrag für Nasen- und Halskrankheiten erhalten hat. Gleichzeitig ist in Greifswald die laryngologische Poliklinik mit der otologischen vereinigt worden.

Einigermaassen plausibel kann diese Maassregel nur gemacht werden, wenn „Opportunitätsgründe“ ins Feld geführt werden, dass nämlich das Krankenmaterial in Greifswald zu spärlich, die Zahl der Medicinstudirenden zu gering ist, als dass die Anstellung zweier Lehrer für Otologie und Laryngologie sich lohnte. Nach dem „Deutschen Universitätskalender für 1909“ gab es im Wintersemester 1908/1909 in Greifswald nur 186 Medicinstudirende — einschliesslich der Pharmaceuten und Zahnheilkunde Studirenden. Unter solchen Umständen könnte

es auch einmal unabweisbar werden, dass zwei — sonst getrennte — Lehrfächer in einer Hand vereinigt werden müssen, z. B. innere Medicin und Kinderheilkunde, Chemie und Arzneimittellehre, pathologische und normale Anatomie etc., ohne dass daraus das Geringste für die Untrennbarkeit oder Amalgamirungsfähigkeit dieser Fächer bewiesen werden konnte. Was aber im vorliegenden Falle von unserem Standpunkte aus bedauerlich erscheint, ist, dass auch hier wieder — wie das bereits in Heidelberg der Fall war — der laryngologische Lehrauftrag an eine otologische Docentur „angegliedert" wird, wie es so vielsagend heisst. Wir sind weit davon entfernt, auch nur einen Augenblick den mindesten Zweifel zu haben, dass der Herr, dem der Lehrauftrag für Laryngologie in Greifswald zugefallen ist, den besten Willen hat und sein Möglichstes thun wird, um diesem Lehrauftrag gerecht zu werden. Es ist aber wohl die Vermuthung zum mindesten naheliegend, dass Jemand, der aus einer rein otologischen Schule hervorgegangen, sich bisher fast ausschliesslich mit Otologie beschäftigt hat, auch in Zukunft diesem Fache sein Hauptinteresse und seine Hauptthätigkeit zuwenden wird, sodass schliesslich die Laryngologie in eine Aschenbrödelstellung neben ihrer bevorzugteren Schwester hinabgleitet.

Georg Finder.

---

## XVI. Versammlung des Vereins deutscher Laryngologen

zu Freiburg i. Br., Pfingsten, 30.—31. Mai 1909.

In einer am 30. Mai stattfindenden Vorstandssitzung wurde der den Mitgliedern bekannt gegebene Antrag der Herren Denker und Killian vom Vorstande berathen. Der Antrag lautete.

„Der § 3 der Statuten möge folgendermaassen abgeändert werden:

Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern; derselbe wählt alljährlich aus seiner Mitte den Vorsitzenden der Gesellschaft, einen Stellvertreter desselben, einen Schriftführer, einen Stellvertreter desselben und einen Schatzmeister. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand, welcher den Verein gerichtlich und aussergerichtlich vertritt. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus; an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die Ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

Dieser Antrag wurde seitens des Vorstandes in folgender Weise abgeändert:

„Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus; an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die Ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

In der Sitzung vom 31. Mai wurde der Antrag des Vorstandes auf Satzungsänderung nach einigen Bemerkungen der Herren Fischenich, Killian und Denker mit zwei Dritteln Majorität (§ 7 der Satzungen) angenommen. Dem Kassenführer wurde auf Antrag des Vorsitzenden Entlastung ertheilt. Es finden sodann die Wahlen zum Vorstand statt. Gewählt wurden durch Majorität:

Herr Jurasz als I. Vorsitzender,
Herr Killian als II. Vorsitzender,
Herren Fischenich, Hansberg, Seifert und Siebenmann als Beisitzer,
Herr Neugass als Kassenführer,
Herr Blumenfeld als Schriftführer.

Als Ort der nächsten Tagung wurde Leipzig gewählt und zwar soll diese am Donnerstag vor Pfingsten stattfinden.

## Bernhard Fränkel's 50. Doctorjubiläum.

Am 16. Juli d. J. feiert Bernhard Fränkel sein 50. Doctorjubiläum. Wir vereinigen uns mit seinen zahlreichen über die ganze Welt verstreuten Freunden und Schülern in dem Wunsche, dass es dem verehrten Jubilar vergönnt sein möge, noch viele Jahre in unverminderter Frische und Rüstigkeit thätig zu sein!

---

## Ehrung für Sir Felix Semon.

In einer am 5. März d. J. abgehaltenen Versammlung der Laryngologischen Section der Royal Society of Medicine wurde einstimmig der Beschluss erhoben, Sir Felix Sèmon bei Gelegenheit des Niederlegens seiner Thätigkeit ein Zeichen der Anerkennung für seine Verdienste um die Laryngologie zu geben. Es hat sich zu diesem Zweck ein Comité gebildet, an dessen Spitze Dr. Dundas Grant steht.

Die Ehrung wird erstlich in einem Bankett bestehen, das am 2. Juli veranstaltet wird. Ferner soll dem zu Feiernden ein Album mit den Portraits der britischen Laryngologen überreicht werden und schliesslich ist eine Sammlung veranstaltet worden, aus deren Erträgnissen in Semon's Namen ein Stipendium oder eine Docentur gestiftet werden soll.

---

## Grabdenkmal für Leopold von Schrötter.

Am 7. d. M. wurde am Centralfriedhof in der Gruppe der Ehrengräber das Grabdenkmal Hofrath v. Schrötter's enthüllt, eine gewaltige Granitplatte, in welche der Portraitkopf Schrötter's in Bronce eingelassen ist. Der Enthüllung des Denkmals wohnten die Familienmitglieder des Verstorbenen und eine grosse Zahl von Professoren der medicinischen Facultät, sowie der Bürgermeister Dr. Lueger bei, der die grossen Verdienste Schrötter's um die Bekämpfung der Tuberculose hervorhob. (Allgem. Wiener med. Zeitg. 15. VI. 1909.)

---

## Personalnachrichten.

Privat-Docent Dr. Nürnberg in Giessen hat einen Lehrauftrag für Laryngologie erhalten.

---

Dr. Herm. Marx in Heidelberg hat sich für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde habilitirt.

---

Dr. T. Mancioli und Dr. de Carli in Rom haben sich für Oto-Rhino-Laryngologie habilitirt.

---

Dr. Arthur Alexander (Berlin) hat den Professortitel erhalten.

---

Prof. Dr. Th. Gluck (Berlin) ist zum Geheimen Sanitätsrath ernannt worden.

---

Die Herren B. Fränkel (Berlin) und Sir Felix Semon (London) sind zu Ehrenmitgliedern der American Medical Association gewählt worden.

---

Unser Mitarbeiter Herr Prof. Felix Klemperer ist zum dirigirenden Arzt der inneren Abtheilung des Verbandkrankenhauses der nördlichen Berliner Vororte gewählt worden.

---

Professor Dr. Freer (Chicago) ist zum correspondirenden Mitglied der Dänischen Oto-laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, August. 1909. No. 8.

## I. Die Abschiedsfeier für Sir Felix Semon.

Am 2. Juli fand in den Whitehall Rooms des Metropolhotels, einem der grössten und schönsten für derartige Festlichkeiten zur Verfügung stehenden Saale Londons, ein Abschiedsbankett für Sir Felix Semon statt. Der Plan zu dieser Ehrung war im Kreise seiner engeren Fachgenossen entstanden. Bei den mannigfaltigen, in alle Kreise der Gesellschaft hineinreichenden Beziehungen und bei der grossen Beliebtheit des zu Feiernden konnte es jedoch nicht ausbleiben, dass jener Plan allgemeinen freudigen Anklang fand, und so vereinigte sich denn eine grosse Anzahl von Trägern bekannter Namen aus der wissenschaftlichen und künstlerischen Welt sowie Angehörige der Aristokratie und Hochfinanz, um jene Feier zu einem imposanten Zeugniss für das Ansehen und die Stellung, die sich Semon in seinem Adoptivvaterlande errungen hat, zu gestalten.

Den Vorsitz bei dem Bankett führte Henry Butlin, der bekannte Chirurg, der die einst in Misskredit gerathene Methode der Thyreotomie bei Kehlkopfkrebs wieder zu Ehren brachte und in Semon den Mann fand, der für diese Methode als unermüdlicher Apostel wirkte, sie verständnissvoll ausbaute und in so zahlreichen Fällen mit Erfolg in Anwendung brachte.

Aus der Zahl der Theilnehmer an dem Bankett — es waren deren nicht weniger als 250 — seien nur genannt: Der Duke of Fife, der Schwiegersohn des englischen Königs, der deutsche Gesandte Graf Metternich, der frühere deutsche Gesandte in Stockholm, Graf Leyden; ferner als Vertreter der Medicin: Sir Thomas Barlow, Sir Victor Horsley, Sir Henry Morris und der Leibarzt des Königs, Sir James Reid. Natürlich waren in ganz besonders grosser Zahl die Specialcollegen Semon's zur Stelle; von den bekannteren englischen Laryngologen fehlten nur wenige. Ohne dass diese Liste irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, will ich nur nennen: Dundas Grant, St. Clair Thomson, Charters Symonds, Cresswell Baber, Tilley, Watson Williams, E. B. Waggett, de Havilland Hall, Scanes Spicer, Mayo Collier u. A. m. Die schönen Künste, Musik, Malerei, Litteratur und Schauspielkunst, waren besonders glänzend repräsentirt; hatten sie doch im

Semon'schen Hause, dessen Herrin sich ja selbst des Rufes einer bedeutenden Gesangskünstlerin erfreute, stets die liebevollste und begeistertste Pflege gefunden. Man sah Madame Blanche Marchesi, Sir Squire und Lady Bancroft, Sir Herbert Beerbohm Tree, Sir Lawrence Alma Tadema, Sir Hubert von Herkomer, Sir Paolo Tosti u. s. w. Unter den übrigen Anwesenden sei noch genannt der Lordoberrichter Moulton.

Der Toast, den Butlin auf „den Gast des Abends" hielt und in dem er im zwanglosen Plauderton ein fesselndes Bild von Semon's Laufbahn in London entwarf, bildete einen interessanten Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in England. In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts — so erzählte der Redner — waren in den führenden medicinischen Kreisen die Specialitäten nichts weniger als angesehen; allgemeiner Anerkennung erfreuten sich eigentlich nur zwei: Augenheilkunde und Geburtshülfe. Die übrigen Specialabtheilungen an den Krankenhäusern standen unter Leitung eines Assistenten, der oft von dem ihm anvertrauten Fach nur die allerunzulänglichste Vorstellung hatte. Als Butlin am St. Bartholomew's Hospital studirte, fragte ihn eines Tages einer der Assistenten, ob er wohl Lust habe, die Ohrenkrankheiten gründlich kennen zu lernen, und auf Butlin's bejahende Antwort sagte er: „Dann kommen Sie auf drei bis vier Wochen zu mir in die Ohrenabtheilung und ich werde Ihnen Alles, was man davon weiss, beibringen. Es giebt nämlich eigentlich nur zwei Arten von Taubheit: die eine ist durch Ohrenschmalz bedingt und kann von Jedem geheilt werden; die andere hat mit Ohrenschmalz nichts zu thun und gegen diese kann Niemand etwas machen." Als Butlin dann selbst Assistent am St. Bartholomew's Hospital geworden war, wurde die Abtheilung für Halskrankheiten vacant. Sie wurde einem der Assistenten nach dem anderen angeboten, aber jeder weigerte sich, sie zu übernehmen, bis decretirt wurde: „dann muss sie Butlin übernehmen; er ist der jüngste und ist also dazu verpflichtet." So lagen die Verhältnisse, als Semon nach London kam. Er beschäftigte sich besonders im Hospital for diseases of the throat in Golden Square und wurde dann zusammen mit Lefferts klinischer Assistent von Morell Mackenzie. Nachdem er sein Examen bestanden und den Grad eines Mitglieds des Royal College of Physicians erlangt hatte, liess er sich im Jahre 1877 zur Ausübung der Praxis in London nieder. Als im Jahre 1881 der Internationale Medicinische Congress in London tagte, hatte Semon Gelegenheit, die Laryngologie in ihrem äusseren Ansehen und ihrer allgemeinen Anerkennung ein bedeutsames Stück zu fördern. Seinem Tact und seiner Beharrlichkeit gelang es, durchzusetzen, dass der Laryngologie zunächst wenigstens eine Subsection eingeräumt wurde. Ein Jahr später erhielt Semon den Posten des leitenden Arztes an der Abtheilung für Halskrankheiten des St. Thomas Hospital, eine Stellung, die er 15 Jahre lang inne gehabt hat. Im Jahre 1885 verlieh ihm das College of Physicians den Titel eines „Fellow", eine Auszeichnung, die niemals vorher Jemand besessen hatte, der ausschliesslich mit Laryngologie sich beschäftigte. Ein grosses Verdienst um die Förderung der Laryngologie in England erwarb sich Semon ferner durch die Gründung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft. Butlin sprach dann von den Verdiensten, die sich Semon um unsere Specialdisciplin durch die Begründung des Internationalen Centralblatts

erworben, er erwähne die zahlreichen Sympathiekundgebungen, deren Gegenstand er in diesem Jahre anlässlich des 25jährigen Bestehens des Blattes gewesen, und schloss seine Rede ungefähr folgendermaassen: „Wir versinken, habe ich oft gedacht, aus unserer Praxis wie die Blätter an einem stillen Herbsttag fallen, die einen schon vertrocknet, braun und gelb, andere noch so frisch von Aussehen, dass man sich wundert, warum sie sich schon vom Baume lösen. Niemals aber, das kann ich aufrichtig sagen, habe ich während meiner langjährigen Erfahrung in dieser Stadt eine Ehrung für einen Mann unseres Standes miterlebt von dem Umfang und dem Enthusiasmus, wie diese heute Abend hier."

Es sprachen ferner Mr. Alfred Mond, Mitglied des Parlaments, Dundas Grant, der ein Album mit den Photographien der britischen Laryngologen überreichte: Birkett, der den weiten Weg aus Montreal (Canada) zurückgelegt hatte, um an dem Ehrentage Semon's zugegen zu sein und im Namen einiger befreundeter Collegen der Lady Semon ein wundervolles Collier überbrachte; Sir Herbert Beerbohm Tree, der im Namen der englischen Schauspieler und Schauspielerinnen, denen Semon mit seiner ärztlichen Kunst so oft ein Helfer gewesen, ihm ein prächtig ausgestattetes Album mit deren Portraits überreichte, und Hubert von Herkomer, der in Semon vor allem den Freund und sympathischen Menschen feierte. Schliesslich überbrachte der Unterzeichnete die Grüsse der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, deren Ehrenmitglied Semon bekanntlich ist.

Dr. Davis, als Schriftführer des Comités, machte die Mittheilung, dass die Sammlung für einen Fond, der zu einer Semon's Namen tragenden wissenschaftlichen Stiftung verwendet werden soll, und zu dem Beiträge auch aus Oesterreich, Frankreich, Deutschland, Russland, Italien, Schweden und Amerika eingegangen waren, den stattlichen Betrag von 1200 Pfund Sterling ergeben hatte.

Von lebhaftem Beifall begrüsst ergriff dann Semon das Wort. Er dankte Allen, die bei Gelegenheit seines Rücktritts von der Praxis ihm so zahlreiche und ungewöhnliche Beweise von Achtung und Sympathie gegeben hatten, in erster Linie dem König, der den ausdrücklichen Wunsch geäussert hatte, dass Semon auch weiterhin in der Stellung eines ausserordentlichen Leibarztes verbleibe. Er betonte, wie schwer es ihm werde, einer Thätigkeit, in der er so grosse Befriedigung und reiche Erfolge gefunden, zu entsagen und aus einer Stadt zu scheiden, in der er so zahlreiche und gute Freunde sich erworben. Er ging dann dazu über, zu schildern, wie schwer seine ersten Anfänge in dem fremden Lande waren, in das er als ein völlig Unbekannter, noch dazu mit unzulänglicher Kenntniss der Sprache, gekommen war. Er gab bei dieser Gelegenheit die ergötzliche Geschichte seiner ersten öffentlichen Rede in England zum Besten. Lord Lister war nach London gekommen und hielt einen Vortrag, in dem er Ansichten vertrat, die vom laryngologischen Gesichtspunkt aus sehr anfechtbar waren. Semon hatte geglaubt, es würde sich lebhafter Widerspruch geltend machen; als aber keiner erwiderte und der Vorsitzende schon im Begriff war, zum nächsten Punkt der Tagesordnung überzugehen, erhob er sich selbst und legte seinen dissentirenden Standpunkt dar. Er war den Mitgliedern der Versammlung der Gesellschaft völlig unbekannt; jedoch erhob sich, als er geendet hatte, lebhafter Beifall, und ein in seiner Nähe sitzender Herr, der ihn oberflächlich kannte, sagte, das wäre ein guter

Anfang, zumal wenn man bedenke, dass er es gewagt hätte, in einer fremden Sprache und gegen Lord Lister zu sprechen. Als er mit eben diesem Herrn auf dem Heimwege begriffen war und in ihn drang, ihm aufrichtig seine Meinung über seine Rede zu sagen, bekam er schliesslich die Antwort: „Ja, wenn Sie es denn wirklich ganz aufrichtig wissen wollen: ich habe nicht ein Wort von dem verstanden, was Sie gesagt haben.“ Jene Rede — setzte Semon hinzu — blieb dann für lange Zeit meine einzige.

Der Abend endete mit einer Reihe von musikalischen Darbietungen, deren Reihe durch Lady Semon eröffnet wurde, die einen von ihrem Sohn componirten Gesang mit herrlicher Stimme und vollendetem Vortrag zu Gehör brachte.

Die ganze Festlichkeit, für deren ausgezeichnetes Arrangement dem Comité nicht Lobes genug gespendet werden kann, verlief in würdigster und harmonischster Weise. Sie bildete eine höchst eindrucksvolle Kundgebung nicht nur für die Beliebtheit und das Ansehen, das Semon in England geniesst, sondern auch für die Werthschätzung und Achtung, deren sich dort die von ihm vertretene Sonderdisciplin erfreut. Das Andenken an diesen Abend wird ihn gewiss als eine der kostbarsten Erinnerungen seines Lebens in sein otium cum dignitate hinüberbegleiten.

Georg Finder.

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Mühlenberg** (Düsseldorf). **Einiges über die Behandlung von Halskrankheiten vor ungefähr 100 Jahren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Besprechung einiger in dem alten Werke Radermacher's erwähnter Halskrankheiten und deren Therapie, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

2) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Oto-Laryngologie in Amerika. (Oto-Laryngologi i Amerika.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 7 u. 8. 1909.*

Studienreise-Eindrücke.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

3) **Geo E. Shambaugh. Aerztecurse in Oto-Laryngologie. (Post-graduate instruction in Oto-Laryngology.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Verf. wendet sich gegen die heutzutage noch immer beliebte Methode, Jemanden in wenigen Monaten zum Specialisten zu drillen. In der Ausbildung dürfe nicht einseitig die klinische Thätigkeit berücksichtigt werden, sondern der zukünftige Specialist müsse sich ein oder zwei Jahre mit Anatomie und Physiologie der betreffenden Körperregion beschäftigen.

EMIL MAYER.

4) **August Lucae. Sollen Oto- und Laryngologie von einem Lehrer gemeinsam an den Universitäten gelehrt werden?** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1909.*

Lucae wendet sich gegen Passow's Begründung, warum auch er ein Gegner der Verschmelzung beider Fächer sei. Nicht, weil er „später sich nicht

mehr dem neuen Fach habe zuwenden" wollen, sondern aus grundsätzlichen und wohlerwogenen Bedenken habe er stets und auch jetzt noch sich gegen die Vereinigung von Otologie und Laryngologie in der Hand eines Lehrers ausgesprochen. Er — Lucae — habe bei seiner medicinischen Ausbildung sowohl Laryngologie, wie Rhinologie und Ophthalmologie getrieben. Schon 1862 sei durch Lewin in Berlin Gelegenheit zum laryngologischen Unterricht gegeben gewesen. Vor seiner Niederlassung als Otologe in Berlin (1862) habe er in Wien u. a. bei Türck Laryngoskopie und die Czermak'sche Rhinoskopie getrieben und sei schliesslich in London als Schüler Toynbee's zur Otologie geführt worden.

Auch habe er als Student bei Graefe und in Wien bei Arlt und Jaeger sich mit Ophthalmologie beschäftigt. Die Folge dieser Ausbildung nach verschiedenen Richtungen hin war, dass er, „nach Berlin zurückgekehrt, in jugendlichem Eifer sich vornahm, Ophthalmologie, Otologie und Laryngologie auszuüben. Bei seinen langjährigen anatomischen Vorarbeiten über das Gehörorgan unter Rudolf Virchow wurde ihm jedoch bald klar, dass er zu einem wissenschaftlichen Erfolge in diesem so schwierigen Gebiete sich lediglich auf die Otologie beschränken müsse." Hierin sei schon „hinreichend die Stellung begründet, die der Lehrer und Forscher in der vorliegenden Frage einnehmen müsse": er müsse unbedingt auf Trennung der beiden Disciplinen als Lehrfächer dringen. Er schliesse sich den Worten Bloch's an, die dieser gegen die Argumentation Passow's angeführt habe.

In Consequenz der Passow'schen Argumentation müsse bei den häufigen Complicationen seitens des Ohres bei Allgemeinerkrankungen (z. B. acute Exantheme, Meningitis cerebrospinalis, Influenza, Diphtherie, Typhus) der Otologe auch alle diese Krankheiten beherrschen, event. Kinderarzt sein.

Was den Zusammenhang zwischen Sprache und Ohr betreffe, so sei allerdings das Ohr der hauptsächlichste Sprachbildner; doch falle dem Ohr logisch nur die Taubstummheit zu, über die ja Seitens der Otologen seit Jahren Ausgezeichnetes geleistet worden sei, die übrigen Sprachstörungen gehören dagegen naturgemäss zum kleinen Theil der Laryngologie, zum grösseren dem grossen Gebiete der Sprachstörungen an, die neuerdings durch Gutzmann als eine selbstständige Wissenschaft ausgebaut worden sei. Auch der von Passow construirte räumliche Zusammenhang mit seinen daraus gezogenen Schlussfolgerungen bestehe nicht zu Recht; dann „läge es doch viel näher, den Nasenrachenraum wegen des Thränennasencanals als Verbindungsglied zwischen Ohr und dem viel näher liegenden Auge anzusehen".

„Schon allein die literarisch kaum noch zu beherrschende Otologie mit ihrer Anatomie, Physiologie, Diagnostik und hochentwickelten operativen Technik müsse es einem selbst tüchtigen Manne erschweren, auch noch die moderne Laryngologie mit allen ihren Nebenfächern gründlich zu lehren."

Lucae verwirft die Körner'sche Meinung, nach der die Verschmelzung der 3 Gebiete zu einer „erfreulichen (?) Vereinfachung des Unterrichtes, der Krankenbehandlung und des Krankenhausbetriebes" führe. Im Gegentheil, gleich Bloch sei er der Meinung, dass diese Vereinigung zu einer Verflachung eines der beiden Fächer führen müsse. Die Laryngologie sei nie und nimmer ein Grenzgebiet der

Otologie. Das eine Grenzgebiet — gewissermaassen „die äussere Pforte des Mittelohres“ — sei der Nasenrachenraum, das andere, wichtigste für den Otologen sei das Gehirn mit allen seinen vitalen, localen und consecutiven allgemeinen Erkrankungen. „Schon allein diese verantwortungsreiche Beziehung zur Otologie verhindere den Otologen, auch noch die Laryngologie gründlich zu lehren.“

Die Thatsache, dass nur an 6 von den 19 deutschen Universitäten gesonderte laryngologische Institute bestehen und dass die jüngeren practischen Otologen fast ausnahmslos beide Fächer betreiben, bilde kein stichhaltiges Argument für den organischen Zusammenhang beider Disciplinen als Lehrfächer. Die zweite Thatsache sei vielmehr in dem Kampf ums Dasein begündet. Im Uebrigen gebe es vieles Unrichtige in der Welt, und die Wahrheit kehre sich an keinen Majoritätsbeschluss.

Ganz anders verhalte sich die Frage nach der Berechtigung der nicht als Lehrer angestellten Otologen, beide Fächer gemeinsam zu betreiben. Dies sei Privatsache jedes Einzelnen, der sich seine practische Thätigkeit combiniren könne, wie er wolle. Lucae weist sodann auf den durch statistische Nachweise erbrachten grossen Umfang der Zahl der Oto-Laryngologen, besonders im Ausland hin; während die Lehrer in Kliniken und Polikliniken durch Studenten und Aerzte controlirt werden könnten, falle dies bei den Practikern weg. Bei der versteckten Lage des Gehörorganes falle die Controle des Publicums über die therapeutischen Maassnahmen im Gegensatz zu anderen Gebieten gleichfalls hinweg, so dass auch hierdurch das Sechswochen-Specialistenthum leichter sich entwickeln könne. Unter Hinweis auf die hohe wissenschaftliche Entwickelung der Augenheilkunde schliesst Lucae in der Hoffnung, „dass sich unter den jüngeren Otologen Nachfolger darin finden, um endlich auch der Otologie eine der Augenheilkunde ebenbürtige Stellung zu verschaffen.“

HECHT.

5) **Jurasz. Beitrag zur polnischen laryngologischen Nomenclatur. (Przyczynek do polskiego wdanownictwa lekarskiego.)** *Tygodnik Lekarski. No. 1. 1909.*

Der Verfasser berührt einige in dieser Frage bezügliche Punkte.

A. v. SOKOLOWSKI.

6) **Nikitin. Von den Beziehungen des Allgemeinzustandes des Organismus zu den Krankheiten der oberen Luftwege. (Ob otnoschenii obschtschawo sosho-jania organisma k bolesnjawa werchnich dichatelnich putei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 422. 1908.*

N. hat während seiner langen und ausgedehnten Praxis die Anschauung gewonnen, dass, abgesehen von acuten Krankheiten, welche Anfangs örtlich sein können, alle übrigen Affectionen mit der Störung des Allgemeinzustandes im Zusammenhange stehen. Darum ist das zu enge Specialistenthum zu verwerfen.

P. HELLAT.

7) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber den Zusammenhang der Krankheiten der oberen Luftwege und der urogenitalen Organe.** *Budapesti orvosi ujság. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Der Zusammenhang zwischen menstruellen Blutungen und Krankheiten der

oberen Luftwege wird ausführlich behandelt. Verf. hat öfters beobachtet, dass die Menstruation bei Verengerungen der Speiseröhre und der Luftröhre sistirte. Bei mit ähnlichen Erkrankungen behafteten Männern ist Abnahme des Geschlechtstriebes beobachtet worden. Bei Nierenkrankheiten kommen Anämie, Hyperämie und Oedeme vor.

v. NAVRATIL-POLYAK.

8) F. Gumey Stubbs. **Allgemeinwirkungen chronischer Infectionen von Hals und Nase. (Systemic effects of chronic infections of the throat and nose.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Verf. bespricht unter Anderem die Bedeutung der Gaumen- und Rachenmandel für die Entstehung von Tuberculose und acutem Gelenkrheumatismus; auch die Möglichkeit, dass die Tonsillen bei Arthritis deformans die Rolle einer Eintrittspforte spielen, wird erörtert.

LEFFERTS.

9) D. S. Doughtery. **Einige für den Practiker besonders interessante Symptome seitens Nase, Hals und Ohr. (Some nose, throat and ear symptoms of significant interest to the Practitioner.)** *N. Y. Medical Record. 5. December 1908.*

Verf. bespricht besonders die Epistaxis als Symptom einer Allgemeinerkrankung oder einer Affection entfernterer Organe, ferner die Heiserkeit als Begleiterscheinung von Allgemeinerkrankungen.

LEFFERTS.

10) Edgar P. Copeland. **Die Beziehung der Infectionskrankheiten — Masern, Keuchhusten und Influenza — zur Tuberculose bei Kindern. (The relation of the infectious diseases — Measles, Whooping Cough and Influenza — to Tuberculosis in children.)** *N. Y. Medical Journal. 12. December 1908.*

Die Obductionen ergaben, dass in 31,2 pCt. aller Fälle von Masern tuberculöse Veränderungen vorhanden sind, ebenso sind solche nach Keuchhusten und Influenza sehr häufig. Die Tuberculose entwickelt sich gewöhnlich aus einem latenten Herde auf dem Lymphweg.

LEFFERTS.

11) A. Rejtö (Budapest). **Nasen- und Ohrenuntersuchungen bei normalen und schwachsinnigen Kindern.** *Budapesti orvosi ujság. No. 6. 1909. Beilage.*

Statistisches.

v. NAVRATIL-POLYAK.

12) W. Siegel (Reichenhall). **Balneotherapie und Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 791. 1909.*

S. empfiehlt die Balneotherapie bei Erkrankung der oberen Luftwege und setzt alle die Gründe auseinander, warum an Badeorten günstigere Erfolge erzielt werden als zu Hause.

OPPIKOFER.

13) F. Blumenfeld (Wiesbaden). **Ueber ein neues Milchsäurepräparat für die rhino-laryngologische Praxis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 779. 1909.*

B. verwendet statt der Milchsäure die Glycerinester der Milchsäure, das Monolactat und das Dilactat. Die beiden Mittel — das Dilactat verdient im All-

gemeinen den Vorzug — werden unter dem Namen Dianol 1 und Dianol 2 in den Handel kommen und haben gegenüber der Milchsäure den Vortheil, dass die Reizerscheinungen, besonders im Kehlkopf, geringer und deshalb die Schmerzen weniger heftig sind.

OPPIKOFER.

14) **D. H. van der Goot** (Haag). **Beitrag zur Radiotherapie. (Bijdrage tot de radiotherapie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 882. 1909.*

Bericht über seine, während 5 Jahre radiotherapeutisch behandelten 110 Fälle. Von denselben sind für unsere Disciplin von Bedeutung:

| | Zahl | Geheilt | Gebessert | Nicht gebess. | Noch in Behandl. |
|---|---|---|---|---|---|
| Epithelioma cutis | 12 | 8 | — | 2 | 2 |
| Tuberc. verr. cutis | 3 | 3 | — | — | — |
| Lupus vulg. | 7 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Morb. Based. | 6 | — | 3 | 2 | 1 |
| Carc. gloss. phar. | 11 | — | — | 10 | 1 |

H. BURGER.

15) **Ruprecht** (Bremen). **Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln und des Trommelfells. Ein Beitrag zur Technik der Anästhesie in der Praxis des Hals-, Nasen- und Ohrenarztes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2, 3 u. 4. 1909.*

In dem „Narkose oder Localanästhesie" betitelten ersten Capitel beleuchtet R. kritisch Vorzüge und Nachtheile beider Methoden, warnt dringend — unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur — vor der Allgemeinnarkose und empfiehlt die Localanästhesie, zu deren Ausbau er in den folgenden Capiteln ausgiebiges Material liefert. Er berichtet über seine verschiedenen Versuche, die zu dem Endresultate führten, dass er eine ausreichende Anästhesie der Rachenmandel durch wiederholte Bepinselung des einschlägigen Gebietes mit 10proc. Alypinlösung durch die Nase hindurch erzielte. Als geeignetste Anästhesirungsmethode zur Tonsillektomie empfiehlt Autor die Infiltrationsanästhesie der Gaumenmandeln, die ja zum Theil auch als Leitungsanästhesie wirkt, mittels einer 2proc. Novocainlösung mit 0,6proc. NaCl-Lösung zubereitet und einem Zusatz von 0,1 Vol. Suprareninlösung. Bezüglich Technik und weiterer Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

16) **F. Auerbach** (Detmold), **Neuer Zerstäubungsapparat zum Cocainisiren.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Der in erster Linie zu diagnostischen Zwecken beabsichtigte Cocainzerstäuber für die Nase besitzt gegenüber den bisher gebräuchlichen den Vorzug, dass er vollständig mit einer Hand gehalten und zugleich bedient werden kann. Der Zerstäuber ist in der Arbeit abgebildet und beschrieben.

HECHT.

17) **Botey** (Barcelona). **Die letzten Fortschritte in Oesophagoskopie und Tracheoskopie. (Ultimos adelantos en esofagoscopia y traqueoscopia.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. September 1908.*

Uebersicht über die Brünings'schen Instrumente und deren Handhabung.

TAPIA.

18) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zur Bedeutung der Oesophagoskopie und Tracheoskopie in diagnostischer und therapeutischer Beziehung.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 20. S. 402. 1908.*

Verf. empfiehlt die Oesophagoskopie besonders zur Sicherstellung der Frage, ob eine Stenose spastischer oder neoplastischer Natur sei. Er meint, die einmalige Oesophagoskopie gebe unzuverlässige Resultate, man müsse sie in Zwischenräumen von Wochen und Monaten wiederholen. Ferner zur Differentialdiagnose zwischen Cancer ventriculi und Cancer oesophag. und zur Diagnose der Oesophagusdilatationen und Divertikelbildungen ist die Oesophagoskopie unerlässlich, ebenso wie sie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre als die beste und schonendste angesehen werden muss.

Verf. hebt dann die directe Laryngoskopie hervor, deren klinische Bedeutung am grössten im Kindesalter ist sowohl zur Diagnosenstellung als auch zur Vornahme eines endolaryngealen Eingriffs, und dann die Tracheoscopia directa, deren Anwendung bei Trachalstenose infolge substernaler Struma, von malignen Neubildungen im Mediastinum und von tuberculösen Bronchialdrüsen, von grossem Nutzen war.

Verf. führt viele lehrreiche Beispiele an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

19) **Notiz des Herausgebers. Gefahren der directen Tracheoskopie und Oesophagoskopie. (Dangers of direct Tracheoscopy and Esophagoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Verf. verlangt, dass — abgesehen von den Fällen, wo eilige Hilfeleistung dringend geboten — die Patienten zur directen Untersuchung genau so präparirt werden sollen, wie zu grossen chirurgischen Operationen; die directe Untersuchung eigne sich nicht zur Vornahme in der Sprechstunde oder in der Poliklinik.

Killian hat 164 Fremdkörperfälle, die mit Röhren behandelt waren, zusammengestellt, von denen bei 159 der definitive Ausgang bekannt ist: zwei Patienten starben an Cocainvergiftung, zwei infolge Stenose, 16 an Lungencomplikationen, fünf mit dem Fremdkörper in situ und 11 trotz der glücklichen Entfernung desselben. In Amerika hat Fletcher Ingals zwei Fälle berichtet, die wahrscheinlich infolge Vagusreizung tödtlich verliefen.

Es ist zweifelhaft, ob für diese Zwecke bei Kindern überhaupt Cocainanästhesie angewandt werden darf, wogegen sie bei Erwachsenen sicher der allgemeinen Narkose vorzuziehen ist.

Verf. weist schliesslich noch auf die Möglichkeit einer Oesophagusruptur bei ulcerativen Processen, Aneurysmen etc. hin und räth zur äussersten Vorsicht in dem Gebrauch der Tuben in allen Fällen, wo der leiseste Verdacht auf solche Dinge vorliegt.

LEFFERTS.

20) **John F. Barnhill. Bericht über Fälle von Fremdkörpern in den Athmungswegen. (Report of cases of foreign body in the respiratory tract.)** *Indianopolis Medical Journal. März 1909.*

Die ersten Fälle betreffen fünf im Kehlkopf sitzende Stecknadeln und zwei Sicherheitsnadeln. Es handelte sich — bis auf ein 13jähriges Kind — stets um

Erwachsene. Es handelte sich stets um Frauen, die beim Anziehen die Nadeln im Mund gehalten hatten. Gewöhnlich befand sich die Nadel oberhalb der Stimmbänder, nur in einem Fall war sie theils ober- theils unterhalb derselben. Die Spitze war stets tief in die Gewebe eingedrungen, einmal in den Ventrikel, einmal in die subglottische Schleimhaut. Alle Nadeln wurden mittels der directen Methode entfernt. Eine Sicherheitsnadel war in dem Ventrikel eingekeilt und musste mittels der hohen Tracheotomie entfernt werden.

Ferner berichtet Verf. über das Eindringen eines Getreidekorns in den rechten Bronchus eines Kindes; der Fremdkörper wurde von der Tracheotomiewunde aus mittels des Jackson'schen Instrumentariums extrahirt. In allen Fällen trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

21) **Guisez. Pseudo-Fremdkörper in den Bronchien. Pseudo-Carcinom der Speiseröhre. (Faux corps étrangers bronchiques. Pseudo-cancers oesophagiens.)** *Association française de Chirurgie. Paris 5. bis 10. October 1908.*

Unter 30 mit der Diagnose „Fremdkörper im Bronchus" geschickten Patienten, bei denen die Diagnose auf Grund der Anamnese, der functionellen und physikalischen Zeichen und der Röntgenuntersuchung gestellt war, fand sich bei 10 gar nichts, bei 3 Fremdkörper des Oesophagus.

Unter 310 Fällen, die mit Bronchoskopie und Oesophagoskopie untersucht wurden und klinisch die Zeichen des Carcinoms boten, handelte es sich acht Mal um Compression von aussen, sechs Mal um Spasmus und einmal um Narbenstenose.

GONTIER de la ROCHE.

22) **Heinrich Bayer** (Strassburg). **Ueber zwei besondere Fälle von Fremdkörperaspiration.** *Münchener med. Wochenschr. No. 22. 1909.*

Beide Fremdkörper wurden erst bei der Section gefunden und in vivo nicht diagnosticirt. Bei dem ersten Falle handelte es sich um einen wahrscheinlich im Schlafe aspirirten cariös gewordenen Milchmolarzahn bei einem 9jährigen Knaben, der den rechten Stammbronchus verlegte. Die klinische Diagnose war auf Lungenabscess im rechten Unterlappen gestellt worden.

Der zweite Fall, dessen klinische Diagnose Pyopneumothorax rechts, Jauchung im rechten Unterlappen „vielleicht infolge aspirirten Fremdkörpers" lautete, ergab eine fast vollkommene Stenose des rechten Stammbronchus an der Abgangsstelle des ersten Ventral- und ersten Dorsalastes durch einen Fremdkörper, ein 18:10:5 mm messendes, an beiden Enden zugespitztes, kahnförmiges Knochenstückchen mit rauher Oberfläche. Dieser Fremdkörper erwies sich als ein Sequester, der genau in eine Perforation des harten Gaumens passte. Der 40jährige männliche Patient hatte vor ca. einem Jahre Lues acquirirt. Die Krankengeschichten und Sektionsbefunde sind in extenso mitgetheilt.

HECHT.

23) **Wilhelm Waller** (Malmö). **Oesophagoskopie, Tracheoskopie und Bronchoskopie. (Oesophagoskopi, Tracheoskopi och Bronchoskopi.)** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Nach einer kurzen Darstellung von der historischen Entwicklung dieser Untersuchungsmethode und nach der Beschreibung des nöthigen Instrumentariums und dessen Anwendung, berichtet Verf. über einige interessante Fälle.

Bei 10 Fällen, bei denen Schwierigkeit beim Schlucken zu constatiren war, konnten viermal spastische Stenosen, dreimal Tumoren (zweimal Cancer, einmal Polyp) diagnosticirt werden: ein Fall von Divertikel und einer von Varicen waren vom Verf. festgestellt. Von Fremdkörpern im Oesophagus hat Verf. zweimal Fischgräten und einmal einen Theil einer Zahnprothese extrahirt; aus den oberen Luftwegen hat er dreimal mit glücklichem Erfolg Fremdkörper entfernt.

E. STANGENBERG.

24) **Chevalier Jackson. Ein Fremdkörperextractor. (A foreign body extractor.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Verf. hat ein Instrument zur Extraction weicher Fremdkörper, wie Bohnen und Erbsen, die unter der Zunge leicht zerbrechen, angegeben, dessen löffelartiges Ende unter den Fremdkörper gebracht wird und dann mittels eines am Handgriff befindlichen Mechanismus im rechten Winkel gedreht wird.

EMIL MAYER.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **E. Zuckerkandl. Ueber die Beziehung der Arteria nasopalatina zu Blutungen bei Septumoperationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 613. 1909.*

Stärkere Blutungen bei Operationen am Septum sind höchst wahrscheinlich Folge einer Verletzung des unteren Astes der Arteria nasopalatina. Um diese Verletzung zu vermeiden, macht Z. den Vorschlag, wenn irgendwie zulässig, die Operation nicht bis zum Nasenboden fortzusetzen und die Crista palatina zu schonen; auch bei Stehenlassen der Crista palatina werde in vielen Fällen die Nase frei durchgängig.

OPPIKOFER.

26) **Harris Peyton Mosher. Die Prämaxillarflügel und Septumdeviationen. (The praemaxillary wings and deviations of the septum.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Verf. erörtert den Zusammenhang zwischen Septumverbiegung und fehlerhaftem Wachsthum der Schneidezähne; für die leichten vorderen Verbiegungen, die so häufig gefunden werden, hält er dieses für die am meisten in Betracht kommende Ursache.

EMIL MAYER.

27) **Walter Haberfeld** (Wien). **Ueber ein bisher unbekanntes Knorpelgebilde in der Nasenscheidewand des Menschen.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 4. 1909.*

H. fand gelegentlich seiner Untersuchungen über die Rachendachhypophyse und andere Hypophysengangreste beim Menschen an einer ganz bestimmten typischen Stelle der Schleimhaut der hinteren Vomerkante einen grösseren, aus hyalinem Knorpelgewebe bestehenden Herd und zwar in 50 pCt. der untersuchten Erwachsenen. Derselbe liegt einige Millimeter unterhalb des oberen Vomerrandes, hat eine längliche Gestalt und liegt mit seiner Längsachse parallel zur hinteren Vomerkante. Bei Kindern und Neugeborenen ist dieser Knorpelherd selten gefunden worden, bei den untersuchten Föten gar nicht. Wahrscheinlich ist dieses Gebilde als

rudimentäres anzusprechen, ohne dass jedoch eine Angabe über seine phylogenetische Bedeutung möglich wäre.

HECHT.

28) **Hopmann. Verkürzung und Verlagerung des Vomer.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 305. 1908.*

Unter Verlagerung des Vomer versteht H. eine Anomalie, bei der der Vomer verkürzt und mit seinem hinteren Rande und den Alae nicht an normaler Stelle sondern vor derselben gelagert ist, so dass es nicht zur Bildung regulärer Choanen kommt. Die Rachentiefe wird dadurch erheblich vergrössert. Das Vorrücken des Vomerrandes nach vorn kann so erheblich sein, dass er sich bis zu 25 mm von der Ebene der Plica salpingopalatina entfernt und somit ein nicht unbeträchtlicher Theil der lateralen Nasenwand anscheinend frei im Nasenrachenraum liegt.

Die Fälle von Verlagerung und Verkürzung des Septums, die H. gesehen hat, betreffen meist Ozaenakranke. Die Septumverkürzung, die als Wachsthumstörung aufzufassen ist, spricht deshalb nach H. zu Gunsten der Auffassung, dass die Ozaena als congenitale und nicht etwa als durch langdauernde Eiterung erworbene Krankheit aufzufassen ist.

Am Schluss der Arbeit wird die Methode, durch welche beim Lebenden Moulagen des Epipharynx hergestellt werden können, kurz beschrieben.

OPPIKOFER.

29) **Otto Freer** (Chicago). **Die submucöse Fensterresection; ein ergänzender Nachtrag.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 361. 1908.*

Verf. verwirft die Operationsart Killian's und Hajek's mittels Knopflochschnitts vorne am Septum als unzuverlässig und empfiehlt wiederholt die Vorzüge des L-Lappens. Man soll den den Lappen nach hinten begrenzenden senkrechten Schleimhautschnitt weit nach oben und den Horizontalschnitt weit nach vorn etwas über die Verbiegung hinaus führen, damit ein grosser Lappen vorgezeichnet wird, welcher nach seiner Ablösung bequem durch den Retractor nach vorne gehalten werden kann. Durch diese Art Lappenbildung liesse sich das ganze Operationsfeld völlig freilegen.

Darauf spricht Verf. über Verschiedenheiten im Aufbau der Scheidewand. Sehr starke Verdickung der Bedeckungen ist selten und wurde am häufigsten bei Knaben am vorderen Theile des knorpeligen Septums beobachtet, sodass trotz sehr schwachen Knorpels diese Partie sich kolbig und hart anfühlte und sogar Cristae auf diese Art durch Ausgleich der Niveaudifferenz verdeckt wurden.

Sodann spricht Verf. über das Verhalten von Narben der Schleimhaut, über die Resection bei bestehender Perforation, über stellenweises Wachsthum des Scheidewandknorpels über seine Knochengrenzen hinaus und theilweise Bedeckung einer Seite der knöchernen Scheidewand durch solche knorpeligen Fortsätze, über die Resection der knöchernen Basis der Verbiegung und der Crista. Nach der Entblössung der Crista ist es leicht, sie mit wenigen Schnitten der vom Verf. modificirten Grünwald'schen Zange wegzunehmen. Diese Angaben sind durch Illustrationen dem Verständnisse nahegerückt; ebenso sind einige Instrumente abgebildet.

Was die Operation bei Kindern betrifft, so fand Verf. mit Ausnahme von drei Fällen, wo sich trotz gründlicher Entfernung der verticale Winkel der Verbiegung zum Theil wieder bildete, die Erfolge ebenso schön, wie bei Erwachsenen. — Die neuerlich des öfteren wiederholte Warnung, dass dem Wachsthum der kindlichen Nase durch die Operation Schaden zugefügt werde, sei nur Theorie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **K. M. Menzel** (Wien). **Zur Fensterresection der verkrümmten Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 6. 1908.*

Unter Hinweis auf die gesammte einschlägige Literatur theilt Wenzel mit, dass ihm die kurze Mittheilung Killian's bezüglich der submucösen Fensterresection bei Publication seiner Arbeit unbekannt gewesen und diese Methode vor seiner Publication wohl vollständig unbeachtet geblieben sei. M. schliesst mit den Worten: „Dass ich selbstverständlich keine Absicht habe, die Priorität Killian's in dieser Frage in Zweifel zu ziehen, ferner aber, dass ich ohne irgendwelche Kenntniss der von Killian auf der 71. Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung meine seinerzeit veröffentlichte Modification der Krieg'schen Fensterresection bereits seit Mai 1902 übe und Ende 1903 publicirte. Meine Arbeit ist also unabhängig von Killian entstanden," ferner „dass ich meine Publication nicht, wie sie von manchen aufgefasst worden zu sein scheint, als gemeinsame Arbeit von Hajek und mir, sondern als ausschliesslich eigene veröffentlicht habe und zu vertreten wünsche."

HECHT.

31) **K. M. Menzel** (Wien). **Nachträgliche Bemerkungen zu meinem im Septemberheft enthaltenen Aufsatz über die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1908.*

Berichtigend theilt Autor mit, dass Band 1900 des Internationalen Centralblatts für Laryngologie ein Referat der in seiner Arbeit mehrfach erwähnten Mittheilung Killian's auf dem Deutschen Naturforschertag zu München 1899 enthalte, dass jedoch ein Hinweis auf dieses Referat ausschliesslich im Namensregister unter „Killian" zu finden sei, im Sachregister — das allein für den Bearbeiter eines Gegenstandes maassgebend sei — infolge eines Druckfehlers eine falsche Seitenzahl verzeichnet stehe.

Durch vorstehende Bemerkungen werden weder die Beweisführung noch die Schlussfolgerungen seiner seinerzeitigen Arbeit tangirt.

HECHT.

32) **Jürgens. Beobachtungen bei totaler und theilweiser Entfernung des Nasenseptums. (Nobljaedenija pri polnom i tschashitschnom udalenii nosowai peregoretki.)** *Jeshemesjatschnik. p. 144. 1908.*

Jürgens operirt sowohl nach der früheren oder Lappenmethode wie auch nach der submucösen oder Killian'schen Methode. Der ersteren giebt er in den Fällen den Vorzug, wo die Krümmung sehr stark ist. Bei sehr alten Leuten hält er die Correctur für unnütz oder gar schädlich.

P. HELLAT.

33) **Fr. Müller** (Heilbronn). **Bemerkungen über die Operation von Septumdeformitäten; die submucöse Resection der Crista lateralis septi.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 1. 1909.*

Bei zwei Patienten trat im Anschluss an die submucöse Resection eine acute Otitis ein, 1 mal eine Angina mit nachfolgender schwerer Myocarditis und 1 mal 8 Tage nach der Operation eine sehr schwere Nachblutung im Anschluss an heftiges Niesen. Einzelne Patienten sind in den ersten Wochen nach der Operation müde und unfähig zu arbeiten. Die an und für sich segensreiche Operation soll deshalb nur nach genauer Indicationsstellung ausgeführt werden.

Besteht eine einfache Crista septi ohne Deviation, so soll doch die Crista immer nur submucös entfernt werden; es ist zu bedauern, dass die alte Methode ohne Schonung der Schleimhaut auch heute noch vielfach geübt wird.

OPPIKOFER.

34) **Onodi. Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose. (La résection de la cloison nasale dans la tuberculose primitive.)** *Arch. intern. de laryngologie etc. November-December 1908.*

Verf. räth, die Nase in der Mittellinie zu eröffnen, die osteoplastische Resection der Nasenbeins und des Processus frontalis des Oberkiefers vorzunehmen, sowie die erkrankten Theile zu reseciren. Dann wendet er den Galvanokauter und Milchsäure an.

BRINDEL.

35) **J. E. Mackenty. Die submucöse Operation der Nasenscheidewand; Befürwortung einer schnelleren Technik. (The submucous operation on the nasal septum with a plea for a more rapid technic.)** *American Journal of Surgery. Mai 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass man so wenig Instrumente wie möglich brauchen soll. Man soll sehen, so blutleer zu operiren, dass das zeitraubende Tupfen nicht nöthig ist. Um den Knochen schnell entfernen zu können, muss die Schleimhaut von der Deviation und dem Nasenboden gründlich abgelöst werden, bevor man einen Versuch zur Entfernung des Knochens macht.

EMIL MAYER.

36) **Okunew. Eindrücke von der O. Freer'schen Septumoperation. (Wpetschatlenija ot operazii iskoiwlenii peregorodki nosa po sposoby O. Freer'ar.)** *Jeshemesjatschnik. p. 517. 1908.*

O. theilt in der Arbeit mit, dass er und Wygotzki nach der Freer'schen Methode 11 mal operirt haben. Er ist mit der Methode zufrieden.

P. HELLAT.

37) **Erbrich. Ueber die submucöse Operation des Septum nasi. (O operacjach podiluzowego usuwania sknywdowy przegrody nosa.)** *Gazeta Lekarska. No. 45 u. 46. 1908.*

Nachdem der Verf. eine Beschreibung der verschiedenen Methoden der Septumoperationen angegeben, berichtet er über einige Fälle, die er im Laufe von 2 Jahren nach der Methode von Killian mit gutem Erfolge operirt hat.

A. v. SOKOLOWSKI.



38) **Kretschmann. Orale oder nasale Resection der Nasenscheidewand; ein Wort der Erwiderung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1909.*

Sachliche Polemik gegen Brünings, mit dem Hinweis, dass die nasale Methode seiner Zeit auch eine Reihe unangenehmer Begleiterscheinungen gezeitigt habe, die erst im Laufe der Zeit durch die Zusammenarbeit einer ganzen Anzahl von Rhinochirurgen beseitigt wurden und dass dadurch die nasale Methode erst auf ihre heutige Höhe gelangt sei. Die orale Methode, die erst im Anfang ihrer Laufbahn stehe, dürfe man nicht a limine verwerfen: auch sie sei verbesserungsfähig und Autor habe selbst neuerdings einen Theil der von B. beanstandeten Mängel (starke Blutung, schwere Vermeidung der Einrisse bei Ablösung der Nasenschleimhaut, postoperative starke Schwellung und Temperatursteigerung) durch verbesserte Technik vermeiden gelernt. Der Zukunft bleibe es vorbehalten, zu entscheiden, ob die orale Methode das Bürgerrecht in der Rhinochirurgie gewinne oder nicht.

HECHT.

39) **Müller** (Heilbronn). **Eine seltene Störung nach submucöser Nasenscheidewandresection.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1908.*

Einige Wochen nach normalem Verlauf der Operation trat bei dem Patienten bei der In- und Exspiration ein dem Ton $a^b$ entsprechendes Pfeifen auf, das den Patienten und seine Umgebung sehr störte. Als Ursache fand sich am unteren Ende des Knorpelschnittes ein schiefverlaufendes Loch von 2 mm im Durchmesser in der Nasenscheidewand, über das sich auf der einen Seite eine straff gespannte Narbenfalte herüberzog, die durch den ein- und ausströmenden Luftstrom in periodische Schwingungen gerieth. Die auf diese Weise entstandene eigenartige Zungenpfeife wurde durch Vergrösserung der Perforation auf ca. 6 mm und unter gleichzeitiger Zerstörung der Falte beseitigt.

HECHT.

40) **Chevalier Jackson. Septumperforationen; ihr Verschluss durch plastische Operationen. (Septal perforations; their closure by plastic operations.)** *Pennsylvania Medical Journal. September 1908.*

Die Ränder der Perforation werden angefrischt und ein langer zungenförmiger Lappen wird von der unteren Muschel abgeschnitten, in die Perforationsöffnung hineingelegt und dort angenäht. Es resultirt eine Synechie, die dann beseitigt wird, worauf 5 Tage lang ein Tampon eingelegt wird. Es kann nothwendig werden, an beiden Muscheln zu operiren, um eine Perforation zu schliessen.

EMIL MAYER.

41) **Sam Goldstein. Eine neue Septumzange. (A new nasal septal forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Die Zange ist sehr stark und beisst Knorpel und Knochen glatt durch; ihre Krümmung ist derart, dass durch die Hand des Operateurs das Gesichtsfeld in der Nase nicht verdeckt wird.

EMIL MAYER.

42) **Thomas J. Harris. Papillom der Nase. (Papilloma of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Ein Unterscheidungsmerkmal zwischen dem wahren Papillom und der papillären Hypertrophie besteht in dem Sitz der Geschwulst. Jenes wird im vor-

deren Theil der Nase gefunden, während diese auf den hinteren Abschnitt begrenzt ist. Es giebt keinen Fall von gleichzeitigem Befallensein beider Nasenhälften. Die Möglichkeit einer malignen Umwandlung wird von mehreren Autoren angegeben. Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

43) **Chavanne** (Lyon). **Papillom der Nasenhöhle. (Papillome des fosses nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille. August 1907.*

Verf. hat 39 Fälle gesammelt, auf Grund deren er eine sorgfältige Studie über diese Affection giebt, die er für weniger selten hält, als man gewöhnlich annimmt.

BRINDEL.

44) **Rueda** (Madrid). **Papillom der Nase. (Papilloma nasal.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 3.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von multiplen Papillomen an den unteren Muscheln, die eine erhebliche Deformation des knöchernen Nasenskeletts herbeigeführt hatten. Es handelte sich beide Male um jugendliche Kranke, deren Skelett noch weich und nachgiebig war. Exstirpation. Heilung.

TAPIA.

45) **K. Ono. Papilloma durum der Nasenhöhle.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XIV. Heft 5. 1908.*

Bei einem 26jährigen Schüler fand O. eine daumengrosse dunkelrothe, durch Cocain nicht abschwellende höckerige Tumorbildung an der lateralen Wand des unteren Nasengangs. Mikroskopisch constatirte man ein hartes Papillom mit geschichtetem Plattenepithel, Papillen und Bindegewebsstroma.

INO KUBO.

46) **Kelly Brown. Naso-Antralpolyp. (Naso-antral Polypus.)** *Lancet. 9. Januar 1909.*

Bericht über 15 Fälle. In 11 Fällen wurde das Antrum eröffnet und der Zusammenhang zwischen der die Höhle auskleidenden Schleimhaut und der Geschwulst demonstrirt. In 10 Fällen war das Alter der Patienten unter 20 Jahren. Verf. eröffnet die Highmorshöhle von der Fossa canina aus, so wie er es beschrieben hat (Lancet, 17. Sept. 1904) unter Localanästhesie und erhält so einen guten Einblick in die Höhle.

ADOLPH BRONNER.

47) **Nieddu Semidei. Nasenpolypen mit lang dauernder Aufhebung der Nasenathmung. (Polipi del naso con abolizione per lungo tempo della respirazione nasale.)** *Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. No. V. 1909.*

Verf. hat bei seinen Patienten pneumatometrische Untersuchungen vor und nach der Entfernung der Polypen angestellt. Er konnte eine Zunahme der vitalen Lungencapacität constatiren; ausserdem zeigte sich, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes zugenommen hatte und im Stoffwechsel eine Verbesserung eingetreten war.

FINDER.

48) **J. Imai. Drei Fälle von riesig grossen Nasenpolypen.** *Hiroshima-eisei-iji-geppo. No. 113. 1908.*

Der grösste Polyp war 9 cm lang und 6 cm breit.

INO KUBO.

49) **Bleyl** (Nordhausen). **Ueber die Entstehung der Nasendeformität durch Polypenbildung.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Heft 10. 1908.*

Autor beschreibt einen einschlägigen Fall und kommt — unter eingehender Berücksichtigung der Literatur — zu folgenden Schlüssen: Die hauptsächlichen Momente für die Entstehung der Nasendeformität bei multiplen Polypen sind:

1. Der Druck der Polypen auf die Nasenwände a) in Folge Atrophie der Knochen, b) in Folge Sprengung der knöchernen Suturen.

2. Entzündliche Processe a) des Knochen: chronische Periostitis und Ostitis osteoplastica, b) der Weichtheile: entzündliches Oedem, event. auch fibröse Verdickung des Naseninteguments.

HECHT.

50) **G. Trautmann** (München). **Blutende Septumpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 483. 1908.*

Beschreibung dreier Fälle, bei denen es sich 2 Mal um gefässreiches Fibrom, 1 Mal um ein einfaches Granulationswärzchen handelte.

WILH SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **T. Nakamura. Ein Fall von Septumpolypen.** *Koseikwan iji-Kenkyukwai-zasshi. Bd. XV. Heft 2. 1908.*

Eine röthliche, höckerige, bohnengrosse Tumorbildung im rechten Locus Kiesselbachii bei einem 18jährigen Manne. Mikroskopischer Befund: Granulom.

INO KUBO.

52) **Rueda** (Madrid). **Blutender Septumpolyp. (Pólipo hemorrágico del tabique.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

Exstirpation mit der kalten Schlinge; Kauterisation der Ansatzstelle, um ein Recidiv zu verhüten.

TAPIA.

53) **Sasedatelew. Zur Frage der Pathogenese blutender Polypen des Nasenseptums. (K woprosu o patogenese krowototschasch polipow nos. peregorodki.)** *J Eshemes. Bd. p. 371.*

Mittheilung eines Falles, in welchem zunächst ein blutender Polyp entstand und dann im Verlaufe von einigen Monaten näher zum Nasenausgange eine Perforation sich bildete, ohne dass der Polyp galvanokaustisch behandelt worden wäre. Er wurde zunächst abgekniffen und dann mit Ac. chrom. gebeizt.

P. HELLAT.

54) **Herrick S. Vail. Rhabdomyom der Nase. (Rhabdomyoma of the nose.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Verf. berichtet über diesen einzigartigen Fall. Es handelte sich um eine Frau, die über Nasenstenose klagte, und bei der sich in der linken Nase die Muschel in so engem Contact mit dem Septum zeigte, dass es nicht möglich war, einen Wattebausch mit Cocain und Adrenalin einzuführen. Die Stenose begann gerade im Vestibulum nasi und schien völlig auf eine Schwellung der unteren Muschel zurückzuführen. Postrhinoskopische Untersuchung zeigte die linke Choane völlig ausgefüllt mit einer Masse von blassem, grauem Gewebe. Die Geschwulst konnte nur stückweise entfernt werden, da das Gewebe sehr brüchig war; die Fragmente füllten ein Weinglas. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein

Rhabdomyoma sarcomatodes handelte. Einige Monate später trat ein Recidiv ein, das wieder entfernt wurde: als die Geschwulst dann noch einmal recidivirte, wurde eine Operation von aussen gemacht. Der Tumor füllte jetzt das Antrum aus und konnte leicht ausgeschält werden. Pat. überlebte die Operation aber nur kurze Zeit.

Für die Entstehung einer solchen Geschwulst nimmt Verf. an, dass einer der willkürlichen Muskeln der Nachbarschaft, z. B. der Levator labii sup. alaeque nasi oder Depressor anguli nasi, verlagert ist und in der Nasenhöhle ruht, bis er später zu einem sarkomatösen Wachsthum kommt. EMIL MAYER.

55) **Robert C. Myles. Fall von Osteo-Chondrom des Septum mit ausgedehnter Resorption der Lamina cribrosa; Ausbreitung des Tumors in die Schädelhöhle, das Keilbein und die Siebbeinzellen. (A case of Osteo-Chondroma of the septum with extensive absorption of the cribiform plate; tumor extending into the cranial cavity, sphenoidal and ethmoidal cells.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Es wurde nach Unterbindung der einen Carotis externa und Legung einer temporären Ligatur um die andere eine Operation von aussen gemacht. Der Tumor hatte das äussere Ansehen eines Sarkoms; die mikroskopische Untersuchung jedoch ergab, dass es sich um ein Chondrom handelte. EMIL MAYER.

56) **W. Uffenrode** (Göttingen). **Nachtrag zu meinem Aufsatz: „Die Chondrome der Nasenhöhle etc.“.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 637. 1908.*

Verf. kommt kurz auf eine Mittheilung Grünwald's im Centralblatt f. Chir., No. 3, 1906 über einen von ihm operirten Fall von ausgedehnter tuberculöser Veränderung im Naseninnern zurück. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

57) **Sune** (Barcelona). **Ein bemerkenswerther Fall von multilobulärem Nasenfibrom. Exstirpation. Heilung. (Un caso notable de fibroma nasal multilobular. Extirpacion. Guración.)** *Gaceta medica catalana. 31. Juli 1907.*

Enormer Tumor im vorderen Theil des mittleren Nasengangs, der die obere ethmoidale Region der Nasenhöhle und den Sinus freiliess, aber den Nasenrachen und die Apophysis pterygo-palatina ergriffen hatte. Mit der kalten Schlinge und in einigen Sitzungen, die wegen der grossen Blutungen unterbrochen werden mussten, konnte man stückweise den Tumor entfernen, dessen einzelne Theile zusammen den Umfang einer Orange hatten.

Die histologische Untersuchung ergab ein gefässreiches Fibrom mit Tendenz zur sarkomatösen Umwandlung.

Nach einem Jahr ist der Patient ohne Zeichen eines Recidivs. TAPIA.

58) **Mayer. Rhinosklerom in Nord-Amerika.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. 1908.*

M. giebt einen kurzen Ueberblick über die in Nordamerika bekannt gewordenen Fälle von Rhinosklerom. Im Ganzen sind es 16 Fälle, 13 weiblichen und 3 männlichen Geschlechts. Alle diese Patienten stammten aus Polen und

hatten die Krankheit bereits vor ihrer Einwanderung nach den Vereinigten Staaten. Es ist somit bis heute kein Fall von Rhinosklerom bekannt, der in den Vereinigten Staaten selbst entstanden ist.

OPPIKOFER.

59) **A. v. Irsay** (Budapest). **Fälle von Rhino-Laryngosklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1909.*

Im ersten Falle sind Verhärtung des Naseneinganges, Krustenbildung in der Nase, Schrumpfung des Velum, Rachennarben und Choanalstenose sichtbar; im zweiten Falle ist ausser den oben erwähnten Symptomen Stenose des Kehlkopfes vorhanden. Histologische und bakteriologische Prüfung ergab in beiden Fällen ein positives Resultat. Im zweiten Falle fiel der Complement-Fixationsversuch (Goldzieher-Neuber) positiv aus.

v. NAVRATIL-POLYAK.

60) **B. v. Gámán** (Kolozsvár, Ungarn). **Fall von Sklerom.**

Den Referenten nicht zugänglich.

v. NAVRATIL-POLYAK.

61) **L. Simkó** (Budapest). **Tuberculöse Geschwulst der Nase.** *Orvosi Hetilap. No. 21. 1909.*

Die Nasengänge sind mit einer rosafarbigen, höckerigen, knorpelharten (? Ref.) Geschwulst, welche aus der Scheidewand hervorgeht und bis zu den Choanen reicht, angefüllt. Die Probeexcison zeigt das Bild der Tuberculose. Patient ist noch nicht operirt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

62) **Castex** (Paris). **Maligne Tumoren der Nasenhöhle. (Tumeurs malignes des fosses nasales.)** *Association française de Chirurgie. 5. bis 10. October 1908.*

Unter 15 Fällen des Verf. waren 2 Myxosarkome, 9 Sarkome, 4 Epitheliome. Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber den inficirten Myxomen, der tertiären Syphilis, Sinusitis caseosa mit schwammigen Granulationen, Rhinolithen etc.

Verf. widerräth das partielle Morcellement, durch das das Wachsthum der Geschwulst angeregt wird und empfiehlt die breite Eröffnung mit partieller oder totaler Resection des Oberkiefers nach dem normalen Verfahren.

GONTIER de la ROCHE.

63) **A. Denker** (Erlangen). **Die operative Behandlung maligner Tumoren der Nase. (The operative treatment of malignant tumors of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. beschreibt seine Operationsmethode, wie er sie bereits im Archiv für Laryngologie Vol. XVII. 1905 dargestellt hat. Als Vortheile der Methode werden folgende hervorgehoben:

Sie erlaubt eine völlige Freilegung des Tumors und damit seine gründliche Entfernung. Es ist kein äusserer Hautschnitt nöthig, daher ist das kosmetische Resultat ein ideales. Es wird vermieden, dass grosse Blutmengen nach unten fliessen; dieser Umstand giebt der Methode den Vorzug vor den Operationen nach Chalot, Partsch und Kocher. Die Mortalität der Operation ist sehr gering. Die Nachbehandlung ist ausserordentlich einfach, gewöhnlich kann der Patient 10—14 Tage nach der Operation aus der Behandlung entlassen werden.

EMIL MAYER.

64) **Manasse** (Strassburg). **Zur pathologischen Anatomie und Klinik der malignen Nebenhöhlengeschwülste.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 517. 1909.*

Im ganzen 6 Fälle. Die Kieferhöhle war — zum Theil mit anderen Nebenhöhlen oder der Nasenhöhle — in 5 Fällen getroffen. Dreimal handelte es sich um Carcinom, zweimal um Endotheliom (einmal mit Tuberculose combinirt) und einmal um eine Combination von Cholesteatom und Sarkom (in Siebbein und Stirnhöhle). Die Fälle kamen in bereits vorgerücktem Stadium zur Operation (einmal Durchbruch durch die Gaumenplatte, einmal bereits grosse Phlegmone der Weichtheile am Oberkiefer, äusseren Orbitalwand und Unterkiefer, zweimal Durchbruch in die Orbita, einmal Durchbruch in die Schädelhöhle). Genaue mikroskopische Befunde mit Beigabe von 6 mikroskopischen Bildern.

Die Fälle 1 und 2 (Kieferhöhlencarcinome) waren kurze Zeit nach der Operation noch recidivfrei, und Fall 6 (Sarkom in Siebbein und Stirnhöhle) blieb zwei Jahre nach der Operation geheilt. Bei den übrigen 3 Fällen war das Operationsresultat bei der grossen Ausdehnung der Geschwülste ungünstig. OPPIKOFER.

65) **Kassel** (Posen). **Zur Geschichte des Carcinoms der Nase.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 655. 1909.*

K. weist darauf hin, wie im Alterthum und im Mittelalter die Anschauungen über das Wesen und die Entstehung der Nasencarcinome auseinandergingen und wie ganz verschiedenartige Krankheiten oft miteinander verwechselt wurden. Verschiedenartig und zahlreich waren dementsprechend die therapeutischen Vorschläge; nur erwähnen möchten wir, dass ein Theil der alten Aerzte vor jeder energischen Behandlung des Nasencarcinoms warnte, andere dagegen bereits Messer und Glüheisen empfahlen. OPPIKOFER.

66) **T. Nakamura. Ueber die Arten und Entstehungsweise des primären Carcinoms der Nasenhöhle und des Oberkiefers.** *„Gan" (Carcinom). 2. Jahrg. Heft 1. 1908.*

Unter 6 Fällen von Carcinoma nasi und maxillae fand N. fünfmal Plattenepithelcarcinom und einmal Cylinderepithelcarcinom. Was die Localität anbetrifft, so fand er das Carcinom zweimal aus dem Nasenseptum und die übrigen Fälle vermuthlich aus der Kieferhöhle hervorgegangen. Als ätiologisches Moment betrachtet N. eine vorausgehende Entzündung oder Eiterung der Kieferhöhle, da sie meist die Carcinome begleitet. N. glaubt an die Möglichkeit der Umwandlung der Cylinderepithelzellen zu Plattenepithelzellen. wie sie auch in der Nasenhöhle stattfindet. INO KUBO.

67) **H. Aufmwasser. Ein Fall von intranasalem Sarkom. (A case of intranasal sarcoma.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Der Fall ist bemerkenswerth wegen des guten therapeutischen Resultates, das die Anwendung der Roentgenstrahlen gab. Es trat kein Recidiv ein. Der letzte Bericht über den Patienten stammte aus dem November 1908. EMIL MAYER.

68) **Chaput** (Paris). **Vollständige Resection des Siebbeins wegen eines malignen Tumors der Nebenhöhlen mit Compression der Nervi optici. Heilung mit Wiederkehr des Sehvermögens. (Résection complète de l'ethmoide pour une tumeur maligne des fosses nasales avec compression des nerfs optiques. Guérison avec retour de la vue.)** *Société de Chirurgie. Bulletin. 17. November 1908.*

Das Siebbein wurde so vollständig resecirt, dass die Dura in weitem Umfange prolabirte. Am 10. Tage traten einige epileptische Anfälle auf, die aber bald verschwanden.

Verf. hat im Gegensatz zu dem gwöhnlich geübten Verfahren die Methode geübt, dass er die Nase nach oben geschlagen hat. GONTIER DE LA ROCHE.

## c. Mundrachenhöhle.

69) **William J. Lederer. Die Pflege des Mundes während der Kindheit. (The care of the mouth during infancy and childhood.)** *N. Y. Medical Record. 5. December 1908.*

Die Aufgaben der Mundpflege bestehen darin, die Sepsis der Mundhöhle so weit wie möglich zu reduciren, die Mundhöhle alkalisch zu machen, Zahncaries zu beseitigen, entzündliche Zustände herabzumildern, Zahnextractionen möglichst zu verhindern und für einen gesunden Stoffwechsel zu sorgen. LEFFERTS.

70) **Piasecki. Untersuchungen über einige neuere Methoden der Desinfection der Mundhöhle. (Badania nad niektórymi nowszymi sporobami odkazania jamyustuej.)** *Tygodnik Lekarski. No. 10—12. 1909.*

Formamint wirkt in vitro bei starken Lösungen (1 Pastille auf 1—5 ccm Speichel) bacterientödtend auf die Flora des Speichels des gesunden Menschen. Bei den Lösungen jedoch, die man gewöhnlich beim Kauen einer Pastille braucht, ist die Wirkung sehr schwach. Die Beobachtungen am Menschen haben ergeben, dass nach einer grösseren Dose (2 Pastillen) eine schnell verschwindende bacterientödtende Wirkung eintritt. Später jedoch vergrössert sich die Mikrobenanzahl in der Mundhöhle. Bei kleinen doch öfter wiederholten Dosen (1 Pastille halbstündlich) tritt eine Verminderung der Bacterienzahl ein, doch in Anbetracht der hohen absoluten Zahl der Bacterien im Speichel ist schwerlich den betreffenden Mitteln irgend eine practische Bedeutung zuzuschreiben.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Lincke. Welche Anforderungen sind von fachmännischer Seite an Zahnpflegemittel zu stellen?** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. II. 1909.*

Empfehlung des Perhydrolmundwassers, des Perhydrol-Zahnpulvers und der Perhydrol-Zahnpaste. SEIFERT.

72) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ein schmerzstillendes Mundwasser.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 33. 1909.*

A. empfiehlt das von Ritsert in Frankfurt hergestellte, Anaesthesin enthaltende Subcutinmundwasser. OPPIKOFER.

73) **Heinrich Kropf** (Wien). **Erfahrungen über Formamint als Mundhöhlendesinficiens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Die Formaminttabletten, wurden an der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien als Mundantisepticum bei antiluetischer Allgemeinbehandlung mit bestem Erfolge angewendet. Keine unerwünschte Nebenwirkung. HANSZEL.

74) **Boss** (Strassburg). **Ueber die Mundpflege bei Quecksilbercuren, mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste.** *Medic. Klinik. 10. 1909.*

Die unter dem Namen Givasanzahnpaste im Handel erscheinende Zahnpaste dient als Grundlage des Hexamethylentetramin, aus welchem bei Zusammentreffen mit dem alkalisch reagirenden Mundspeichel Formaldehyd frei wird. SEIFERT.

75) **Piasecki. Untersuchungen über die desinficirende Wirkung der Pyocyanase auf die Mundschleimhaut. (Badanie nad niektóremi nowszymi sposokami odkazamia jamy ustnej [Pyocyanase].)** *Lwowski Tygodnik Lekarski. No. 12. 1909.*

Verf. hat bei einer Reihe von 10 gesunden Individuen genaue bacteriologische Untersuchungen vorgenommen, in wie weit die Pyocyanase vermittelst des Sprays auf die Mundrachen-Schleimhaut angewandt, zur Verhinderung resp. Beschränkung des Wachsthums bacteriologischer Flora der Mundrachen-Schleimhaut beiträgt. Leider fielen die Untersuchungen des Verfassers ziemlich negativ aus, sogar stärkere Lösungen verursachten nach einmaliger Sprayanwendung und vorübergehender Beschränkung des Wachsthums nur noch ein üppigeres Wachsthum der Bacterien. Nur schwache Lösungen und wiederholte Sprays begrenzen einigermaassen das Wachsthum und stellen deshalb eine in gewissem Sinne bactericide Wirkung dar. A. v. SOKOLOWSKI.

76) **Simon. Ueber Anwendung der Pyocyanase bei den infectiösen Rachenkrankheiten. (Ostosowanin pypcyanazy w zakaznych cierpieniach gardzieli.)** *Medycyna. No. 7. 1909.*

Pyocyanin, das ganz bedeutende bacterientödtende Eigenschaften besitzt, wurde vom Verf. in Form von Emerich'scher Pyocyanase mittelst Zerstäubung bei Angina follicularis und verschiedenen anderen Tonsillitiden methodisch angewendet und zwar mit günstigem Erfolge, besonders in der Kinderpraxis. Am zweckentsprechendsten wird das Mittel mit Hülfe des Ligner'schen Sprayapparates angewendet. A. v. SOKOLOWSKI.

77) **v. Barabás** (Budapest). **Ueber acute mercurielle Stomatitis.** *Orvosi lapja. No. 23. 1909.*

Specifisches Mittel gegen diese Krankheit ist das Wasserstoffsuperoxyd.

v. NAVRATIL-POLYAK.

78) **L. Nielsen** (Kopenhagen). **Papulo-erosive Syphilis der Mundhöhle und des Rachens mit Nachweis der Spirochaete pallida ca. 9 Jahre nach Infection. (Papulo-erosive Syfilider i Mund og Sorely med Paarising aj Spirochaete pallida c. 9 Aar efter infectionen.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 3. 1909.*

Das Vorkommen der Papeln auf denselben Stellen wie vorher. Der $8^1/_2$ jähr-

Verlauf lässt vermuthen, dass Spirochaete pallida sich während der vergangenen Jahre im latenten Zustande befunden hat. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

79) **Mollow** (Sofia). **Ueber Vorkommen von Mundschleimhautpigmentirung.** *Med. Klinik. 10. 1909.*

Die Mundschleimhautpigmentirung ist keine pathognomonische Erscheinung für Morbus Addisonii, sie kann unter normalen Verhältnissen bei den Zigeunern und zwar von der Pubertät an ziemlich ausgebreitet an der gesammten Mundschleimhaut auftreten. Bei der einheimischen Bevölkerung Bulgariens beobachtet man unter normalen Verhältnissen Pigmentflecke an den Lippen und am Zahnfleisch, aber nie in den tieferen Theilen der Mundschleimhaut. Ausserdem findet man Pigmentirungen der Mundschleimhaut bei Malaria und bei Pellagra.

SEIFERT.

80) **Katz** (Berlin-Wilmersdorf). **Ueber Vorkommen von Mundschleimhautpigmentirungen. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Mollow in No. 10 d. Wochenschrift.** *Med. Klinik. 23. 1909.*

Die betreffende Pigmentirung sah K. öfters bei Schwarzen der Capcolonie; es sind physiologische Schleimhautpigmentirungen. SEIFERT.

81) **Scheuer** (Wien). **Ueber einen Fall gonorrhoischer Infection der Mundhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 20. 1909.*

Coitus per linguam bei einer Puella publica, schon am nächsten Tage Brennen und Schmerz an der Zungenspitze. Gonokokken konnten culturell nicht nachgewiesen werden, da erst nach erfolgter Behandlung daraufhin untersucht wurde. Doch macht das typische mikroskopische Bild des Secrets zu Beginn der Erkrankung, sowie die Entstehungsweise und ihr klinisches Aussehen (Zunge geröthet, geschwollen, hellerstückgrosse Excoriationen, festhaftender grauweisser Belag, am harten Gaumen ein flaches, mit zähem Secret belegtes Geschwür), die Diagnose Stomatitis gonorrhoica höchst wahrscheinlich. HANSZEL.

82) **Marschik** (Wien). **Vaccine der Mund- und Rachenschleimhaut.** *Wiener med. Wochenschr. No. 22. 1908.*

Die Schleimhautaffection ähnelt im Bilde und Verlauf ganz der der äusseren Haut. HANSZEL.

83) **C. von Vidakovich** (Budapest). **Fall von chronischer Wismuthvergiftung, entstanden infolge von Wismuthinjectionen.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1908.*

Die Wismuthinjectionen wurden nach Beck's Vorschlage zur Heilung von Pyothorax angewendet, im Ganzen wurden 30 g Pulver verbraucht. Ungefähr 8 Tage nach der zweiten Injection erfolgte eine Blaseneruption auf der Zunge, mit nachfolgender Geschwürsbildung, diffuser nekrotischer Stomatitis und Foetor ex ore.

v. NAVRATIL-POLYAK.

84) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Die Behandlung der acuten Entzündung der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc Heft 5. 1909.*

Nach Halász gelingt es, die acuten Pharyngitiden ebenso wie die acuten

Tonsillitiden durch tägliche Jodglycerin-Pinselungen zu coupiren, ohne irgend eine weitere Medication oder eine Unterbrechung der Berufsthätigkeit. Bei vorhandenem „Tonsillarabscess“ wird ein „mit der Biegung des Arcus palatoglossus parallel“ verlaufender Einschnitt vorgenommen und dann gleichfalls mit Jodglycerin gepinselt.

HECHT.

85) **Notiz des Herausgebers. Acute Halsentzündungen. (Acute inflammations of the throat.)** *Journal American Medical Association. 21. November 1908.*

Jede acute primäre Halsinfection soll mit einer warmen, einfachen antiseptischen Gurgelung mit nachfolgender warmer, physiologisch-salziger oder mild-alkalischer Ausspülung behandelt werden; dies soll in Intervallen von $1^1/_2$—3 Std. wiederholt werden. Das beste antiseptische Mundwasser ist verdünnte Wasserstoffsuperoxyd-Lösung, die man herstellt, indem man die officinelle Aqua hydrogenii peroxydati mit 4—5 Theilen Wasser verdünnt. Auf das Gurgeln mit dieser Lösung soll 1—2 Minuten später die Anwendung der physiologischen ($^1/_2$ Theelöffel auf 1 Glas Wasser) Kochsalzlösung folgen; dann $1^1/_2$ Stunden darauf Gurgeln mit 2proc. Borsäurelösung, so dass also alle $1^1/_2$ Stunden abwechselnd mit Wasserstoffsuperoxyd-Lösung — mit nachfolgender Reinigung durch physiologische Kochsalzlösung — und mit Borsäurelösung gegurgelt wird. Dies soll die beste Abortivbehandlung acuter Halsentzündungen sein.

EMIL MAYER.

86) **J. Hollick. Streptokokkeninfection (Sepsis) des Halses. (Streptococcal [septic] throats.)** *Lancet. 19. December 1908.*

Mittheilungen über zwei Epidemien in einem Asyl und einer Privatschule.

ADOLPH BRONNER.

87) **Hermann Marschik** (Wien). **Pharyngitis haemorrhagica septica.** *Mit 5 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol Heft 1. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines durch Streptokokkeninfection bedingten, foudroyant verlaufenden Falles, des Sectionsberichtes sowie der pathologisch-histologischen Befunde der erkrankten Gebiete.

HECHT.

88) **Starkiewicz. Beitrag zur Mischinfection einiger Formen der Rachenentzündungen. (Przyczynek da sakaien micsza nych gardzieli.)** *Nowiny Lekarskie. No. 4—5. 1909.*

Verf. beobachtete eine eigenthümliche Form von Anginen bei kleinen Kindern (2—5 Jahre), welche epidemisch auftrat und anscheinend klinische Merkmale gewöhnlicher Rachendiphtherie zeigte, während die bacteriologische Untersuchung des Racheninhaltes und genau durchgeführte Züchtungen eine Symbiose von Diphtheriebacillen und Bac. prodigiosus darstellten. In einem Falle wurden sogar keine Diphtheriebacillen gefunden. Die meisten Fälle verliefen günstig und zeichneten sich klinisch dadurch aus, dass neben Belägen auf den Mandeln noch auf der Schleimhaut des Rachens rothe Flächen verschiedener Grösse auftraten, welche sogar in einigen Fällen Anlass zu Blutungen gaben.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Sir Felix Semon. Bemerkungen zu einem Fall von Pneumokokkeninvasion des Pharynx mit nachfolgender Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Remarks on a case of Pneumococcus Invasion of the throat upon which laryngeal and pulmonary Tuberculosis supervened.)** *British Medical Journal. London, 26. Juni 1909.*

Dieser Bericht schliesst sich an die Arbeit an, die Verf. über Pneumokokkeninvasion des Rachens im December 1908 im Medical Magazine veröffentlicht hatte.

Im vorliegenden Aufsatz handelt es sich um den Fall eines bekannten Arztes, eines 45jährigen Mannes. Dieser Fall unterscheidet sich von den in der früheren Arbeit mitgetheilten 2 Fällen durch das Hinzutreten von Tuberculose und den tödtlichen Ausgang. Im September 1908 klagte Pat. über Halsbeschwerden. Dr. McBride in Edinburg constatirte nur eine Schwellung der Zungentonsille: diese Schwellung konnte auch Verf. im Oktober, als er den Patienten zum ersten Mal sah, constatiren. Am 5. November sah man ein oberflächliches, unregelmässiges, kleines Geschwür gerade gegenüber dem dritten linken Molaris. Dieses verschwand, kehrte aber bald wieder, und gleichzeitig konnte man auch erhebliche Schwellung der Cervicaldrüsen constatiren. Verf. stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Pneumokokkeninfection. Am 15. December war das Pharynxgeschwür fast verschwunden, jedoch war die Schleimhaut über beiden Aryknorpeln geschwollen; diese Schwellung hatte sich am 21. December auf die Epiglottis ausgebreitet und hatte fast das für Kehlkopftuberculose typische Aussehen. Die Behandlung bestand im Umlegen einer Leiter'schen Cravatte mit Eiswasser, Eisschlucken und Ernährung mit kalten Speisen. Das Geschwür im Pharynx war wieder erschienen. Pat. bekam jetzt eine Temperatursteigerung bis 38,5°. Dieser Zustand hielt unter Schwankungen einige Tage an, jedoch das Kehlkopfödem verschwand, und es wurde nun, obwohl nach der Anamnese kein Verdacht auf Syphilis vorlag, Jodkali gegeben, das aber keinen Effect hatte. Inzwischen war ein Pneumokokkenserum präparirt worden, von dem eine Injection am 2. Jan. 1909 gemacht wurde. Die weissliche Infiltration im Pharynx schien besser zu werden, jedoch nach 1—2 Tagen klagte Pat. über grössere Halsschmerzen als zuvor. Es fand sich ein neues Ulcus auf der hinteren Pharynxwand; dabei bestanden Schluckbeschwerden. Ueber der rechten Lungenspitze fand man jetzt eine kleine Dämpfung. Die Untersuchung des Sputums ergab das Vorhandensein reichlicher Mengen von Tuberkelbacillen und Pneumokokken. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dass, während die vom Pharynx angefertigten Präparate nur von Pneumokokken wimmelten, Abstriche von dem jetzt ulcerirten Aryknorpel sowohl Pneumokokken wie Tuberkelbacillen ergaben. Trotz eines Sanatoriumaufenthalts und der sorgfältigsten allgemeinen und localen Behandlung verlief die Erkrankung rapid, und Pat. starb im April. Eine Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Verf. erörtert in der Epikrise dieses sehr interessanten Falles die Frage welchen Antheil der Pneumococcus und der Tuberkelbacillus an der Kehlkopferkrankung hatte. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Rachengeschwüre von Anfang bis zu Ende allein durch den Pneumococcus bedingt waren. Die Lungenaffection, obwohl sie zuerst den Eindruck einer gewöhnlichen Tuberculose machte, bot in den späteren Stadien dieselben Schwierigkeiten der Erklärung, und es kann

nicht entschieden werden, welchen Antheil jeder der beiden Mikroorganismen an ihr hatte. Gegen den Schluss schien eine Schluckpneumonie oder eine Steigerung in der Virulenz der Pneumokokken hinzuzutreten.

Das einzige Mittel, das einen symptomatischen Effect hatte, waren Anästhesininsufflationen.

Verf. drückt die Hoffnung aus, dass weitere Forschungen mehr Licht in unsere Kenntniss der Pneumokokkeninfection bringen werden, die seiner Ansicht nach nicht so selten sein kann.

FINDER.

90) **Bennecke** (Jena). **Ueber Pharyngitis ceratosa punctata.** *Medic. Klinik. 1. 1909.*

Bericht über die einschlägigen Arbeiten von Wyssokowicz und Januskiewicz.

SEIFERT.

91) **Heydenreich** (Emden). **Eine Dermoidcyste am Mundboden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 535. 1908.*

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 20jährigen Mädchens, das an einer hühnereigrossen Dermoidcyste des Mundbodens litt. — Die Cyste wurde in Narkose ausgeschält.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **Eduard Kellner** (Wien). **Beitrag zur Histologie der gutartigen Geschwülste des Rachens und Nasenrachenraumes: a) Fibrolipom der Rosenmüller'schen Grube, b) Drüsenpolyp des weichen Gaumens.** *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 2. 1909.*

Bericht über den klinischen und histologischen Befund beider Fälle.

HECHT.

93) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Papillom der Uvula.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 6. 1908.*

Mittheilung eines Falles, in dem ein an einem 3—4 mm breiten Stiele sitzendes, etwas über 1 cm langes, haselnussgrosses Papillom der Uvula einen chronischen Reizzustand des Rachens und des Kehlkopfes hervorgerufen hatte. Nach Abtragung des Papilloms schwand die Heiserkeit spontan. Da mehreren Untersuchern die Anomalie der Uvula entgangen war, weist H. darauf hin, dass man „bei der Rachenbesichtigung die Zunge immer mit dem auf die Zungenwurzel gelegten Spatel herabdrücken müsse.“

HECHT.

94) **Guinard** (Paris). **Grosses Angiom der Wange und der Lippe erfolgreich behandelt mit Ligatur beider Carotis interna und externa und mit tiefer Ignipunctur. (Volumineux angiome de la joue et de la lèvre traité avec succès par la ligature des deux carotides interne et externe et par l'ignipuncture profonde.)** *Société de Chirurgie. Bulletin vom 9. Juli 1908.*

Titel enthält den Inhalt.

GONTIER de la ROCHE.

95) **A. Onodi** (Budapest). **Angioma uvulae.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Das Angiom war haselnussgross.

v. NAVRATIL-POLYAK.

96. **Dominici, Faure-Beaulieu** (Paris). **Rückgang eines Sarkoms des Zahnfleisches unter dem Einfluss der Ultra-Bestrahlung mit Radium. (Regression d'un sarcome de la gencive sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium.)** *Presse médicale. 30. Januar 1909.*

Die Radiumbestrahlung (es handelte sich um filtrirte sogenannte Dominici'sche ultrapenetrirende Strahlen) wirkt auf manche Tumoren nicht nur durch eine Auflösung ihrer Bestandtheile, sondern auch dadurch, dass die Zellentwicklung verhindert wird. Die detaillirte von den Verff. gegebene Beobachtung (klinische und anatomisch-pathologische Bilder) ist frappant. Man kann klinisch und histologisch die Umwandlung des Sarkoms in ein Fibrom verfolgen, das sich seinerseits dann zurückbildet.

GONTIER de la ROCHE.

97. **Jacques** (Nancy). **Die vereinfachte Exstirpation der Epitheliome des Isthmus pharyngis. (L'exstirpation simplifiée de l'épithélioma de l'isthme pharyngien.)** *La Revue médicale. 22. Mai 1909.*

Verf. hält die Entfernung eines Carcinoms des Gaumensegels und des Phayex zwar für etwas schwieriger, aber nicht gefährlicher als die Abtragung einer einfachen Tonsille. Er berichtet über vier Fälle, die von anderen als inoperabel bezeichnet wurden und in denen er brillante Resultate erzielt hat.

GONTIER de la ROCHE.

98. **James F. Mc. Caw. Ein weiterer Bericht über einen Fall von Epitheliom der Uvula, vor 5 Jahren operirt, ohne Recidiv. (A second report on a case of epithelioma of the uvula operated five years ago without recurrence.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

99. **F. T. Paul** (Liverpool). **Drei Jahre lange Erfahrungen mit Butlin's Operation bei Carcinom der Mundhöhle. (Three years experience of Butlin's operation for cancer of the mouth.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1909.*

Die Drüsentumoren am äusseren Hals werden 14 Tage nach der Operation gründlich entfernt. Ist die primäre Erkrankung in der Mittellinie, so sollen die Drüsen auf beiden Seiten entfernt werden.

A. LOGAN TURNER.

100) **v. Rydygier jun.** (Lemberg). **Eine neue Methode zur Freilegung der Tumoren im Rachen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Schnitt vom Proc. mastoideus bis zum Sternum, Freipräpariren der grossen Gefässe von unten nach oben. Keine Tracheotomie nöthig und keine Durchsägung von Knochen.

HANSZEL.

## d. Diphtherie und Croup.

101 **Thune Jacobson** (Dänemark). **Ueber eine Diphtherieepidemie in dem Krankenhause für Geisteskranke in Middelfart. (Om en Difteriepidemi paa Middelfart Sindssygeanstalt.)** *Hospitalstidende. No. 9. 1909.*

Bei 818 Personen wurden präventive Einspritzungen von Antidiphtherieserum

versucht. 18 bekamen später Diphtherie. J. schliesst aus seinem Materiale, dass präventive Serumeinspritzungen auf die Ausbreitung einer Diphtherieepidemie sehr lähmend wirkt und den Verlauf der Krankheit mildert. Als nothwendiges Glied einer wirksamen Bekämpfung der Diphtherieepidemie hält J. die Isolirung der angegriffenen Individuen bis zur Bacillenfreiheit. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

102) **Schönholzer** (Zürich). **Diphtherie und Heilserum. Beobachtungen aus der Diphtheriestation der chirurgischen Klinik in Zürich.** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 8. 1909.*

Eine sehr objective Besprechung von 1000 Fällen der Jahre 1902—1908 bezüglich des Werthes der Serumbehandlung. Aus der Gesammtübersicht der Zahlen ergiebt sich, dass die Sterblichkeit bei Operirten und Nichtoperirten seit der Zeit der Serumbehandlung ca. auf ein Drittel derjenigen der Vorzeit gesunken ist.

Verf. hebt aber hervor, dass die Zahlen in dem Bewusstsein abzuschätzen sind, dass durch die bacteriologische Untersuchung viele leichte Fälle zur Diphtherie rubricirt wurden, welche früher d. h. klinisch nicht als Diphtherie angesehen worden wären.

Er hebt auch hervor, dass die Serumbehandlung die Tracheotomie durchaus nicht ausser Curs gebracht habe. Die Intubation verwirft er als viel angreifender im Vergleich zur Tracheotomie. Oft musste letztere noch secundär nach der Intubation ausgeführt werden. JONQUIÈRE.

103) **Brüstlein** (Bern). **Ueber die Beziehungen des nach der Ehrlich'schen Methode bestimmten Antitoxingehaltes des Diphtherieserums zu dessen Heilwerth.** *Arbeit aus] dem] Institut zur Erforschung der Infectionskrankheiten in Bern. Heft 8. Janunr 1909.*

Da Bacteriengifte alter Bouillon-Diphtherieculturen ausserordentlich veränderlich sind, so hatte die Controle der Sera zur Folge, dass ganz minderwerthige Sera in den Handel kamen. Deshalb verliess Ehrlich das Gift als Träger der Maasseinheit und setzte das Antitoxin an dessen Stelle, welches nach seiner Methode constant erhalten wird. Dadurch wird es ermöglicht, genau dosirte hochwerthige Sera zu liefern. Sorgfältig ausgeführte Controlversuche mit den nach Ehrlich verschieden dosirten Sera ergaben mit Evidenz die höhere Heilwirkung hochwerthiger Sera. An dieser Werthbestimmungsmethode Ehrlich's sollte daher festgehalten werden. Die entsprechenden Proceduren müssen im Original studirt werden. JONQUIÈRE.

104) **C. T. Mc. Clintock** und **Walter E. Knig. Die orale Anwendung von Antitoxinen. (The oral administration of antitoxins.)** *The Journal of infections diseases. 18. Februar 1909.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Toxine und Antitoxine werden, per os gegeben, gewöhnlich durch die Verdauungsprocesse unwirksam gemacht. Ihr therapeutischer und immunisirender Werth ist unsicher.

2. Wird die Digestion aufgehalten, so können Toxine und Antitoxine unverändert und anscheinend in genügender Menge resorbirt werden und so gleichmässig,

dass die Methode für therapeutische und immunisirende Zwecke verwendet werden kann.

3. Bei der oralen Antitoxinanwendung bei Kindern hat sich folgendes Verfahren bewährt: Eine halbe Stunde vorher wird dem Kinde ein Glas einer 1 proc. Natr. bicarbonicum-Lösung gegeben. Wenn das Serum gereicht wird, so werden dazu ein paar Tropfen Extr. opii fluidum hinzugesetzt und 4—10 Tropfen einer gesättigten Lösung von Salol in Chloroform. Wenn möglich, soll mindestens vier Stunden vor Darreichung des Serums dem Kinde Nahrung gegeben werden.

Verf. rühmt die Ungefährlichkeit und Leichtigkeit in der Anwendung bei dieser Methode.

EMIL MAYER.

105) L. Jacob (Strassburg). **Ein Fall von croupöser Laryngo-Tracheitis ohne Löffler'sche Bacillen.** *Mit 1 Curve. Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles und epikritische Erörterungen.

HECHT.

106) A. Vajna (Budapest). **Beiträge zur Intubation bei Croup der Säuglinge.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 15. 1909. Beilage.*

Publication der Statistik des Brody-Kinderhospitals. Es wurde 56,7 pCt. Heilung erzielt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

107) Anfrans (Barcelona). **Diphtherie des Kehlkopfs; Extraction der Tube nach dem Marfan'schen Verfahren. (Difteria de la laringe; extraccion del tubo por el procediamento de Marfan.)** *La Medicina de los ninos. April 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) H. Zwaardemaker (Utrecht). **Ueber die den Resonanten zukommende Nasalirung.** *Onderzoekingen Physiol. Lab. Utrecht. 5. Reihe. IX.*

Die Nasalirung ist in dieser Arbeit rein articulatorisch aufgefasst, fällt mit der nasalen Resonanz nicht zusammen, und bedeutet nur das Entweichen der Ausathmungsluft durch die Nase. Die Gaumensegelbewegung lässt sich nach drei experimentellen Methoden verfolgen:

1. Methode Weeks-Eykman (Sonde durch die Nase).
2. Methode Rosapelli-Rousselot (Lufttransport).
3. Chromophotographisch.

Die erste Methode belehrt uns über die Kraft und Ausgiebigkeit der Muskelbewegung; die zweite über die Druckschwankungen; die dritte über die Menge der ausströmenden Luft. Bei der dritten Methode des Verf.'s sind Hülfsmittel: 1. ein Aerodromometer (Archiv f. Physiol. 1902, Suppl. S. 399); 2. ein photographisches Chassis, in welchem eine empfindliche Platte an einem feinen Spalt vorbeigeführt wird. Das Aerodromometer befindet sich unmittelbar vor der Spalte; ein scharfer Schatten der Windfahne wird auf die Platte geworfen. Die eine Nasenöffnung der Versuchsperson wird vom Ansatz des Aerodromometers vollständig ausgefüllt. Während des Aussprechens eines Wortes wird auf der Platte eine Curve aufge-

zeichnet. Aus den in Millimetern zu messenden Ausschlägen der Curve lässt sich die ausgeströmte Luftmenge berechnen (vergl. ten Have, Onderzoek. Physiol. Lab. Utrecht, V. R., Bd. 7). Zwischen der Menge, bezw. Geschwindigkeit der ausgeströmten Luft und der Tragkraft der Stimme besteht gar keine Beziehung.

H. BURGER.

109) **Rapport des Comité für den 1908 in Haarlem abgehaltenen Cursus in Sprachunterricht. (Verslag der Commissie van Toezicht op den in 1908 te Haarlem gehonden cursus in spreekkonderwijs.)** *Nederl. Staatscourant. 16. December 1908.*

Die 1907 und 1908 abgehaltenen Sprachcurse bilden den ersten Schritt auf dem Wege zum systematischen Sprachunterricht in den staatlichen Bildungsanstalten für Lehrer. Theilnehmer an den Cursen waren die Lehrer im Leseunterricht an diesen Anstalten. Die Curse wurden von zwei speciellen Sprachlehrern abgehalten, unter Führung eines Comités, das aus zwei Unterrichtsmännern, einem Taubstummenanstaltsdirector und zwei Laryngologen (Kan und Burger) bestand. Das Comité betrachtete die Resultate des dreiwöchigen Feriencurses als sehr zufriedenstellende. Vor Allem wurde die Aufmerksamkeit der Theilnehmer auf ihre eigenen Sprachfehler hingelenkt und die Mittel zur Besserung angegeben. Dann wurde ihr Begriff der Sprechmechanik bedeutend erweitert, auch dadurch, dass von einem Hals- uud Spracharzt (Mulder) die Grundzüge der Anatomie und Physiologie des Sprech- und Athemapparates in Vorlesungen mit Demonstrationen vorgeführt wurden.

Die Conclusion des Rapportes geht dahin, dass an sämmtlichen Staatsbildungsanstalten für Lehrer und Lehrerinnen die Technik des Sprechens als obligatorisches Lehrfach aufgenommen werden soll. Vorläufig soll an einer dieser Anstalten einen Curs zur Ausbildung der für diesen Unterricht nöthigen Lehrkräfte eingerichtet werden.

H. BURGER.

110) **J. Plesch** (Berlin). **Beitrag zur Behandlung der functionellen Stimmstörung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 767. 1909.*

Da bei plötzlicher forcirter Exspiration die Stimmbänder sich schliessen, so empfiehlt P. bei hysterischer Aphonie folgende Methode: der Arzt stellt sich hinter den Patienten, umarmt den Brustkorb und comprimirt plötzlich den Thorax bei jeder Silbe, die der Patient ausspricht. Selbstverständlich darf der Patient nicht durch Anspannung der Thoraxmuskulatur die Compression verhindern.

Bei einem grossen Theile der hysterischen Aphonien ist der Kopf beim Flüstern nach vorn geneigt; die Muskulatur zwischen Kinn- und Zungenbein und Zungenbein und Kehlkopf ist stark contrahirt. Um diese abnorme Contraction aufzuheben, empfiehlt P. folgenden Handgriff: der Arzt steht dem sitzenden Patienten gegenüber und faltet seine Hände über den Nacken so, dass die Daumen an das Kinn gelegt werden; durch Druck der Daumen nach oben wird der Kopf des Patienten nach hinten geschlagen und so fixirt (Abbildung des Handgriffs). Gleichzeitig kann die von Oliver angegebene leichte seitliche Compression ausgeübt und damit die Näherung der Stimmbänder unterstützt werden. Bei starkem Zurückschlagen des Kopfes gelingt die Phonation viel leichter.

OPPIKOFER.

111) **Seifert** (Würzburg). **Beiträge zur Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 759. 1909.*

S. empfiehlt bei hysterischer Aphonie die Stimmübungen so vorzunehmen, dass Patient den Kopf möglichst stark nach rückwärts neigt. Bei weit über die Stuhllehne nach hinten geneigtem Kopf ist es auch normalerweise schwierig die Flüsterstimme beizubehalten. OPPIKOFER.

112) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Stimmstörungen nach Alkohol- und Tabakgenuss.** *Orvosi lapja. No. 16. 1909.*

Verf. bespricht die Getränke und Tabaksorten, welche der Singstimme schädlich sind. v. NAVRATIL-POLYAK

113) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Durch Acustik, Orchester und Tanz verursachte Stimmstörungen.** *Orvosi lapja. No. 17. 1909.*

Die im Titel aufgeführten Verhältnisse können zur Ueberanstrengung der Gesangstimme führen. v. NAVRATIL-POLYAK.

114) **Federico Brunetti jr. Anatomische und anatomisch-pathologische Untersuchungen über die Nervenendigungen in den inneren Kehlkopfmuskeln des Menschen. (Ricerche anatomiche ed anatomo-patologiche sulle terminazioni nervose nei muscoli intrinseci della laringe umana.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1909.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Nervenendigungen in den Muskeln des menschlichen Kehlkopfes zeigen im normalen Zustand keinen Unterschied gegenüber den Endigungen in anderen Muskeln; die am häufigsten vorkommende Form ist die Endplatte.

2. Bei chronischer Laryngitis, sowohl der gewöhnlichen, wie specifischen, zeigen sich die Endapparate selbst in ihren constituirenden Elementen verändert. Es finden sich für die specifischen Formen keine pathognomonische Läsionen.

3. Die Intensität der Veränderungen ist direct proportional dem Grade der Intensität der chronischen Entzündung.

4. Die Veränderungen sind degenerativer Natur und bestehen in dem allmählichen Verschwinden des functionirenden nervösen Elementes (terminale Ausdehnung des Axencylinders).

5. Die Existenz dieser Veränderungen in den motorischen nervösen Organen erklärt vielleicht den klinischen Befund der „katarrhalischen Lähmung" und die bei Laryngitis chronica sich findenden Stimmveränderungen. FINDER.

115) **A. Martin** (Barcelona). **Ueber die Stimmbandlähmung und ihre Behandlung. (Sobre la parálisis nerviosa de las cuerdas vocales y su tratamiento.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de garganta nariz y oido. No. 13. 1908.*

Bericht über einige Fälle von Aphonie, bei denen die Suggestion ausgezeichnete Resultate ergab; selbst die Fälle von katarrhalischer Stimmbandparese sind nach Ansicht des Verf.'s dieser Behandlung zugänglich. TAPIA.

116) **Glas** (Wien). **Die Sensibilität des Larynxeingangs bei Recurrenslähmung. (La sensibilità del vestibolo laringeo nella paralisi del ricorrente.)** *Arch. Ital. di Laringologia. III. 1908.*

Verf. hat an einem Material von 95 Fällen (21 Posticusparesen, 20 doppelseitige Posticusparesen, 15 Posticuslähmungen, 4 doppelseitige Posticuslähmungen, 32 Recurrenslähmungen, 3 doppelseitige Recurrenslähmungen) Untersuchungen angestellt und kommt zu einem Resultat, das von den Behauptungen Massei's vollkommen abweicht und sich in Uebereinstimmung befindet mit den Ergebnissen von Kuttner-Meyer. Er warnt davor, eine Aufhebung der Reflexe mit Herabsetzung der Sensibilität zu verwechseln. Bei Tabes besteht eine starke Herabsetzung der Reflexe im Vestibulum, ohne dass die Berührungsempfindlichkeit irgendwie verändert ist. Ebenso findet man, besonders bei Patienten mit Larynxkrisen, Steigerung der Reflexerregbarkeit. Verf. berichtet über 2 Fälle, die er in seinem Material von 95 Fällen gefunden hat, bei denen eine Hypästhesie des Vestibulum bestand; in beiden aber handelt es sich ausser um die Affection des Recurrens auch um eine solche des N. laryngeus superior (Parese des M. cricothyreoideus.) Verf. meint, dass überhaupt in allen Fällen, auf welche scheinbar das Massei'sche Gesetz Anwendung findet, der Laryngeus superior mitbetheiligt ist und dass dies die Ursache der herabgesetzten Sensibilität ist, dass der N. rerecurrens jedoch keine sensiblen Fasern führt.

FINDER.

117) **Tommaso Mancioli. Ueber zwei Symptome der Recurrenserkrankung. Bradycardie und Anästhesie des Larynxeingangs. (Su due sintomi di lesione del ricorrente: bradicardia e anestesia del vestibolo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1909.*

Verf. erzielte bei seinen Experimenten Veränderungen des Blutkreislaufs nur durch Zerren und Abreissen des Recurrens, nicht durch Compression oder Durchschneidung.

Bei 7 Hunden, bei denen durch Kitzeln des Larynxeingangs mit einer Sonde die gewöhnlichen Reflexe hervorgerufen wurden, wurden diese nicht mehr erzielt, wenn man dasselbe Manöver einige Tage nach Läsion (Zerrung, Durchschneidung, Compression) des Recurrens wiederholte.

Unter 24 klinischen Beobachtungen fand sich 10mal Herabsetzung der Sensibilität, 14mal Anästhesie im Larynxeingang.

Verf. schliesst daraus, dass bei Recurrenslähmung die Sensibilität des Larynxeingangs mehr oder weniger herabgesetzt oder aufgehoben ist.

FINDER.

118) **A. Onodi** (Budapest). **Anästhesie des Kehlkopfeinganges bei der Lähmung der unteren Kehlkopfnerven.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1909.*

Verf. sah einmal nach Verletzung des Kehlkopfes eine Hypästhesie des Kehlkopfeinganges, dagegen ist er nicht in der Lage die Massei'schen Beobachtungen zu bestätigen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

119) **Salvatore Terrotta. Reine Mitralstenose mit linksseitiger Recurrenslähmung. (Stenosi mitralica pura con paralisi del nervo ricorrente laringeo sinistro.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1909.*

Ausführliche Mittheilung eines eine 38jährige Frau betreffenden Falles.

Daran schliesst Verf. eine Besprechung der zur Erklärung des Phänomens aufgestellten Theorien, besonders der Ortner-Kraus'schen. Beide Theorien erklären das Zustandekommen der Recurrenslähmung bei Mitralstenosen, jedoch in verschiedenen Stadien der Herzkrankheit: nämlich die von Kraus im Stadium der Compensation, die von Ortner im Stadium der Compensationsstörung.

FINDER.

120) **William Osler. Lähmung des linken N. laryngeus inferior bei Mitralklappenerkrankung. (Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve in mitral valve disease.)** *The Montral Medical Journal. Februar 1909.*

Verf. giebt eine nichts Neues enthaltende Darstellung der Recurrenslähmungen bei Mitralstenosen und die landläufigen Erklärungen dafür.

EMIL MAYER.

121) **Mosny** und **Stern. Recurrenslähmung infolge Bleivergiftung. (Paralysie recurrentielle d'origine saturnine.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 9. Februar 1909.*

Es handelt sich um einen Anstreicher, der nach 25jähriger Thätigkeit eine linksseitige Recurrenslähmung bekam, gleichzeitig mit doppelseitiger Radialislähmung. Es besteht weder Hysterie noch Syphilis; die radioskopische Untersuchung ergiebt am Thorax vollkommen normale Verhältnisse. E. CARTAZ.

122) **Palasse** (Lyon). **Kehlkopflähmung bei Typhus. (Paralysie laryngée dans la fièvre typhoide.)** *Société médicale des hôpitaux. 30. März 1909.*

Es handelt es sich um ein 20jähriges Mädchen, das im Laufe eines Typhus in Folge plötzlicher Dyspnoe bedingt durch Posticuslähmung starb, trotzdem schleunigst die Tracheotomie gemacht wurde.

Verf. fand bei der Autopsie Neuritis des Recurrens (segmentäre periaxilläre Neuritis nach Gombanet); er bezeichnet diese Läsion als selten.

GONTIER de la ROCHE.

123) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopflähmung bei beginnender Tabes.** *Orvosi Hetilap. No. 15. 1909.*

Der 53 Jahre alte Mann suchte wegen Erstickungsanfälle Hilfe. Die Stimmlippen waren nahe zur Medianlinie fixirt und machten nur selten und sehr geringe Bewegungen nach auswärts. Die Stimme war ziemlich klar. Verf. nimmt eine doppelseitige Posticuslähmung an. v. NAVRATIL-POLYAK.

124) **W. G. Porter** (Edinburgh). **Nystagmus des rechten Stimmbandes und des weichen Gaumens bei einem Falle von cerebraler Erkrankung.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 745. 1909.*

Bei einem 65jährigem Krämer, bei dem die Diagnose auf „beiderseitige cerebrale Erkrankung" gestellt wurde, machte das rechte Stimmband und der Aryknorpel rhythmische ruckweise Bewegungen 150—160 in der Minute. Stimme klar. Keine Anästhesie im Larynx. Gleichzeitig bestanden rhythmische unwillkürliche Bewegungen des Gaumens derart, dass die rechte Seite des Gaumens und der vordere Pfeiler ruckweise nach rechts bewegt wurden, 38 Bewegungen in der $^1/_4$ Minute.

Continuirliche rhythmische unwillkürliche Bewegungen beider Stimmbänder kommen, wie P. an Hand der Literatur zeigt, hin und wieder zur Beobachtung, viel seltener ist das Beschränktbleiben solcher Bewegungen auf nur eine Seite des Larynx. P. kennt neben seiner Beobachtung von einseitigem Stimmbandnystagmus nur einen analogen Fall, durch Scheinmann beschrieben.

Der Stimmbandnystagmus ist als Symptom einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems aufzufassen. Ueber den Sitz der Läsion giebt uns aber der Stimmbandnystagmus, wie die in der Literatur niedergelegten Fälle zeigen, keine sichere Auskunft.

OPPIKOFER.

125) **E. Baumgarten** (Budapest). **Fremdkörper in dem Sinus piriformis, spontaner Abgang.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Der 10 mm lange, 5 mm breite und dicke Knochen hat Oedem der betreffenden Seite und Eiterung verursacht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

126) **Ch. Jackson** (Pittsburg, Pennsylvania, N. S. A.). **Tracheo-Bronchoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 451. 1908.*

Verf. giebt Bericht über seine zwei letzten Fälle:

1. Nadel mit Glaskopf im rechten Luftröhrenast. Durch obere Bronchoskopie entfernt.

2. Kravattennadel im linken Luftröhrenast. Entfernt durch obere Bronchoskopie.

v. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

127) **Schneider. Ueber Bronchoskopie. (O bronchoskopii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 30. 1909.*

Sch. übt die Bronchoskopie erst seit 14 Monaten und hat bereits im Laufe dieser Zeit 18 Fremdkörper entfernt, welche er auf dem ersten allrussischen Oto-Laryngologen-Congresse demonstrirte. Alle wurden sie in der ersten Sitzung entfernt, unter anderem eine Stecknadel. 12 von den Fremdkörpern gehören Mohnsamen an, welche in Russland vom einfachen Volk sehr viel gekaut werden. — In einem Falle musste wegen Athemstillstand während der oberen Bronchoskopie schnell die Trachea aufgeschnitten, die untere Bronchoskopie gemacht und der Fremdkörper, der aus dem Bronchus in die Trachea gerathen war, entfernt werden.

Von allen seinen Fällen starben 3, d. h. 16 pCt.

P. HELLAT.

128) **Fritz Kajser** (Schweden). **Einiges über Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Nagra ord om bronchoskopii og ösophaskopii.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. 1908.*

Nichts Neues.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

129) **Sidney Yankauer. Demonstration eines aus dem Bronchus entfernten Fremdkörpers. (Exhibition of foreign body removed from the Bronchus.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Fall ist insofern bemerkenswerth, als 48 Stunden nach Entfernung des Fremdkörpers die Temperatur anstieg und über dem rechten Mittellappen sich die

Symptome einer Pneumonie zeigten. Diese Anzeichen bestanden zwei Wochen lang; es wurde dann eine Aspirationsspritze in den Verdichtungsherd eingestochen und Eiter gefunden. Es wurde die Pneumotomie gemacht, man stiess auf den Eiterherd in der Lunge, der evacuirt wurde; die Höhle wurde drainirt. Der Fall verlief tödtlich.

EMIL MAYER.

130) Chevalier Jackson. **Das Bronchoskop als ein Hülfsmittel bei allgemeiner Diagnose. (The Bronchoscope as an aid in general diagnosis.)** *Archivs of Diagnosis. April 1908.*

Fälle von acuter und chronischer circumscripter Tracheo-Bronchitis, von tracheo-bronchialen Ulcerationen, von Tuberculose, Stenose der Trachea sind mittels der directen Untersuchung diagnosticirt worden.

EMIL MAYER.

131) Botey (Barcelona). **Neue Hakenpincette zur Extraction von Fremdkörpern aus Oesophagus, Trachea und Bronchien. (Nueva pinza-gaucho para la extraccion da cuerpos-extranos esofagicos y traqueo-bronquiales.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. Mai 1908.*

Darstellung und Beschreibung des Instruments.

TAPIA.

132) Richard H. Johnston. **Fremdkörper aus dem rechten Bronchus durch untere Tracheoskopie entfernt. (Foreign body removed from right bronchus by low tracheoscopy.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Es handelt sich um einen wegen Larynxstenose — welchen Ursprungs, wird nicht gesagt — tracheotomirten Patienten, dem die Hartgummicanüle in die Trachea gefallen war. Die Entfernung geschah in Chloroformnarkose mittels des Jackson'schen Bronchoskops. Man fand den Fremdkörper zum Theil in der Bifurcation, zum Theil im rechten Bronchus sitzend. Die Entfernung gelang leicht.

EMIL MAYER.

133) H. A. Moffat. **Ein Fall von Fremdkörper im linken Bronchus. (A case of foreign body in the left bronchus.)** *Lancet. 5. September 1908.*

Ein Mann schlief mit einem Stück Kaugummi im Munde ein; er erwachte mit Husten und Dyspnoe. Er wurde tracheotomirt und mittels des Kelly'schen Cystoskops wurde der Fremdkörper im linken Bronchus entdeckt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

134) J. H. Bryan. **Bericht über einen Fall von Entfernung eines Getreidekerns aus der Trachea eines 6 Jahre alten Kindes. (Report of a case of removal of a grain of corn from the trachea of a child six years old.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Conf. Verhandlungsbericht der XIII. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1908.

EMIL MAYER.

135) **C. T. Jacobsen** (Dänemark). **Bronchoskopische Entfernung von einem Fremdkörper aus dem linken Bronchus. (Bronkoskopisk Tjaernelse aj et fremmed Legeme i venstre Bronkus.)** *Hospitalstidende. No. 8. 1909.*

Durch Bronchoscopia inferior wurde bei einem 5jährigen Kinde die Schale eines Pflaumensteines aus dem linken Bronchus entfernt. Heilung.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

136) **H. Burger** (Amsterdam). **Ein tödtlich verlaufener bronchoskopischer Fremdkörperfall.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 785. 1909.*

Die in der Trachea liegende abgebrochene Trachealkanüle wird bei dem 26-jährigen Patienten blindlings gesucht und nach stundenlangem erfolglosem Bemühen in den linken Unterlappenbronchus gestossen.

Erst jetzt kommt Patient bei gutem Allgemeinbefinden in die Behandlung von B., der den Fremdkörper ohne Anstrengung nach der Killian'schen Methode entfernt. Trotzdem stirbt Patient 4 Tage später. Bei der Section finden sich neben Tracheitis und Bronchitis einige kleine pneumonische Herde in den Unterlappen.

Wären die blinden langwährenden Extractionsversuche unterlassen worden, so würde jedenfalls der Fremdkörper nicht zu einer Entzündung der unteren Luftwege geführt haben.

OPPIKOFER.

137) **Haret** und **Jaugeas. Tumor der Trachea durch die Radiotherapie geheilt. (Tumeur de la trachée guérie par la radiothérapie.)** *Société de Radiologie. 11. Mai 1909.*

Die Diagnose war durch Dr. Guisez mittels der Bronchoskopie gestellt. Innerhalb zwei Monaten, während welcher Zeit wöchentlich eine Sitzung stattfand, bei der die Thoraxwand von vorn und hinten bestrahlt wurde, verschwanden die functionellen Symptome völlig und eine erneute Untersuchung ergab das Vorhandensein einer weissen Narbenfläche. Die Heilung hält seit 10 Monaten an.

GONTIER DE LA ROCHE.

138) **V. Uchermann** (Christiania). **Fremdkörper in der Lunge. Bronchoscopia inferior. Entfernung des Fremdkörpers; Heilung. (Freinmedlegeme i lungen. Bronchoscopia inferior. Fjaernelse af fremmedlegemet; helbredelse.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 3. 1909.*

Theilt einen Fall mit von Entfernung einer gebrannten Kaffeebohne aus dem Boden des linken Bronchus durch einen dazu besonders construirten Apparat.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

139) **Otto Kahler** (Wien). **Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern. Casuistischer Beitrag.** *Mit 4 Abb. auf 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Besprechung von Technik und Instrumentarium und Bericht über 3 einschlägige Fälle nebst eingehender Epikrise.

Fall 1. Entfernung eines Knochens von $12^1/_2$ mm Längs- und 9 mm Quer-

durchmesser bei einem $6^1/_2$ monatigen Kinde in Narkose mittels oberer Bronchoskopie aus dem linken Bronchus, glatter Heilungsverlauf.

Fall 2. Aspiration eines Zwetschenkernes bei einem 6jährigen Mädchen. Der in der Trachea sichtbare Fremdkörper gleitet während der Cocainisirung in den linken Bronchus, wird unter Localanaesthesie zugleich mit dem Rohr extrahirt, findet sich jedoch nicht in der Pincette. Luftwege darnach bronchoskopisch und auscultatorisch frei. Exitus an Pneumonie. Der Fremdkörper wurde weder im Stuhl noch bei der Autopsie gefunden.

Fall 3. Entfernung einer im rechten Hauptbronchus quereingekeilten Haselnussschale unter localer Anaesthesie bei einem 17jährigen Manne. Glatte Heilung. Röntgenuntersuchung negativ, doch deutliches Zurückbleiben der rechten Zwerchfellkuppe bei der Respiration und inspiratorische Anziehung des Mediastinums nach rechts (bronchostenotisches Symptom nach Jacobsohn und Holzknecht) sichtbar.

HECHT.

140) **E. W. Sikemeier** (Arnhem). **Ein Fall von Fremdkörper in den Luftwegen. (En geval van vreemd lichaam in de luchtwegen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. I. p. 664. 1909.*

Achtjähriger Knabe, der eine Eichel verschluckt haben soll. Laryngoskopisch nihil. Mit ziemlich langen, absolut symptomlosen Intervallen zeigten sich Anfälle von eigenthümlichem kurzen Husten, ohne Stridor oder Dyspnoe. Am Thorax nichts Abweichendes. Nach einigen Tagen leichte Temperaturerhöhung, es wurde an beginnende Pneumonie gedacht. Am nächsten Tag wird Verschluss des rechten Hauptbronchus festgestellt. Es wird die Hülfe eines Halsarztes angerufen, der die Bronchoscopia superior unter localer Anaesthesie zu machen sich vornimmt. Die Athmung der rechten Lunge ist gänzlich aufgehoben. Der Hals wird mit 10procentiger Cocainlösung gepinselt. Nach 10 Minuten wird versucht, das Bronchoskop durch den Mund einzuführen. Das Kind muss dabei von vielen Schwestern fixirt und der Mund mittelst der Mundklemme eröffnet werden. Das Kind ist in grösster Aufregung. Es gelingt nur mit grösster Mühe, das Instrument in den Mund einzuführen. Noch ehe dasselbe den Kehlkopfeingang erreicht hat, sinkt der kleine Patient plötzlich fast comatös hin. Unmittelbar Tracheotomie. Die Glieder sind erschlafft, der Cornealreflex erloschen, die Pupillen eng, die Athmung langsam. Nach der Tracheotomie ist der Zustand der Lungen gänzlich verändert. Beide Brusthälften bewegen sich gleich stark und geben gleichen Percussionston, bei der Auscultation links normales Vesicularathmen, rechts die ersten Augenblicke feine crepitirende Rhonchi über der ganzen Lunge, dann auch normales Athmungsgeräusch. Allein der Allgemeinzustand wird schlechter; der Puls bessert sich auf Kampfereinspritzungen nicht, Pinselungen der Luftwege ergeben kaum einen Hustenreflex. Eine halbe Stunde nach dem ersten Auftreten der ernsten Symptome Exitus. Theilweise Autopsie. Beim Aufschneiden des Trachealbaumes hüpft plötzlich eine kleine Eichel hervor, ohne dass man hätte feststellen können, aus welchem Bronchus sie gekommen.

S. bespricht die möglichen Erklärungen des plötzlichen Todes. Er hält Cocainvergiftung für wahrscheinlicher als Reflextod.

H. BURGER.

141) **H. Burger** (Amsterdam). **Entfernung von Fremdkörpern mit Hülfe der Bronchoskopie. (Verwijdering van vreemde lichaamen met behulp der bronchoskopie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 9. p. 671. 1909.*

Erster Fall. Ein Mann von 34 Jahren aspirirte eine Silbermünze, mit welcher er in der Wangentasche stets herumging. Mittelstarker Husten- und Erstickungsanfall, weiter wenig Beschwerden. Röntgenschirmbild und Photogramm negativ. Obere Bronchoskopie ohne Narkose mit dem Brüning'schen Instrnment. Die Münze wird aus dem unteren Theil des rechten Stammbronchus herausgeholt, rutscht aber zweimal an der Glottis hinab. Beim dritten Versuche wird sie in der Trachea sagittal gestellt und herausgeholt. Keine üble Folgen. Heilung.

Zweiter Fall. Ein Mann von 26 Jahren trägt seit $1^1/_2$ Jahren eine Trachealkanüle, dieselbe bricht ab; ein Aussenrohr fällt in die Luftröhre hinunter. Es werden von zwei Aerzten mehrere Stunden lang von der Trachealöffnung aus Extractionsversuche vorgenommen, während welcher der Fremdkörper immer tiefer geräth. Der Patient kommt abends spät in die Klinik. Mittels Bronchoscopia inferior wird der Fremdkörper im linken Unterlappenbronchus leicht aufgefunden und ohne Schwierigkeit oder Blutung sofort extrahirt. Nach zwei Tagen entwickelt sich eine diffuse Bronchitis, nach weiteren zwei Tagen eine beginnende Pneumonie, der Patient am fünften Tag unter den Zeichen zunehmenden Lufthungers erliegt. Die Section weist eine ausgedehnte hämorrhagische Tracheo-bronchitis der beiden Seiten und eine Bronchopneumonie in den Unterlappen beider Lungen nach.

B. weist darauf hin, wie dieser Fall die Ueberlegenheit der Bronchoskopie über die alten blinden Methoden in eclatanter Weise illustrirt. Der Bronchoskopie kann ein Antheil an dem tödtlichen Ausgang nicht zugeschrieben werden. B. kommt zu dem Schluss, dass ein blindes Vorgehen mit Pincetten und Zangen in die unteren Luftwege nicht länger statthaft sei, seitdem wir das Mittel besitzen, diese Theile bei heller Beleuchtung local zu behandeln.

H. BURGER.

142) **Guisez. Drei neue Fälle von Fremdkörpern der Bronchien mittels der oberen Bronchoskopie entfernt. Heilung. (Trois nouveaux cas de corps étrangers bronchiques extraits par la bronchoscopie supérieure; guérison.)** *Société méd. des hôpitaux. 12. März 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

A. CARTAZ.

143) **Moszkowitz** (Wien). **Versteifung der Trachea.** (K. k. Gesellsch. d. Aerzte, 15. Januar 1909.) *Wiener med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Infolge operativer Beseitigung der Wand an einer stenosirten Stelle war dieselbe nur von Weichtheilen gebildet und gerieth bei jedem Athemzug in Schwingungen. Die weiche Stelle wurde durch einen aus dem Sternum entnommenen Haut-Periost-Knochenlappen gedeckt.

CHIARI-HANSZEL.

144) **E. Bircher** (Aarau). **Primäres Carcinom einer intratrachealen Struma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 443. 1908.*

Verf. beschreibt diesen seiner Ansicht nach vielleicht einzig dastehenden Fall in der Literatur. Ob es sich um eine Struma, ausgehend von vorgelagertem Schilddrüsengewebe, oder um ein Hereinwachsen der Schilddrüse in die Trachea

handelt, konnte nicht entschieden werden. — Makroskopisch konnte nirgends ein Hineinwuchern oder abnorme feste Fixation der äusseren Schilddrüse constatirt werden. Mikroskopisch handelt es sich um eine Struma cystica colloides mit carcinomatöser Wucherung der Epithelien. Einige Tage nach der zur Cauterisation vorgenommenen Laryngofissur stirbt Patient an Entkräftung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

145) **P. Breton. Die physikalischen Symptome der trachee-bronchialen Drüsenanschwellung beim Kind. (Signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1906.*

Unter den frühzeitigen Symptomen der tracheo-bronchialen Drüsenanschwellung ist das Zeichen von Smith (Venengeräusch über dem Manubrium sterni bei stark nach rückwärts geneigtem Kopf) eines der constantesten. Die Radioskopie liefert im Allgemeinen unsichere Resultate.

OPPIKOFER.

146) **F. Taibé. Ozaena der Bronchien. (Ozène des bronches.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Unter den fötiden Bronchitiden giebt es eine specielle Form, die durch ihre lange Dauer, durch die Abwesenheit von Fieber, durch den guten Allgemeinzustand mehr den Charakter einer Infirmität als einer eigentlichen Krankheit trägt. Verfasser glaubt, dass sich diese Art der Bronchitis am besten mit dem ozänösen Process in der Nase vergleichen lässt und nennt deshalb die Erkrankung nach dem Vorschlage seines Lehrers Béclère: ozène des bronches. T. giebt 6 Krankengeschichten, doch erscheinen sie nicht so überzeugend, um für diese Fälle von Bronchitis einen besonderen Krankheitsbegriff aufstellen zu dürfen. In 2 Fällen bestanden Nasenpolypen; in den übrigen Krankengeschichten fehlt der Nasenstatus, so dass man annehmen kann, dass wohl das Naseninnere normal war.

Verf. empfiehlt Inhalationen und Einspritzungen antiseptischer Flüssigkeiten.

OPPIKOFER.

## f. Schilddrüse.

147) **Lieber** (Wien). **Zur Casuistik der Struma congenita.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 7. 1908.*

Aetiologisch kommt die Vererbung in Betracht, speciell von Seiten der Mutter, sowie mechanische Momente während der Geburt. Meist handelt es sich um folliculare und cystoide Formen. Heisere Stimme, Stenosesymptome. Behandlung der Struma meist nicht nöthig, da sie von selbst zurückgeht. Chirurgische Eingriffe haben sich nicht bewährt.

HANSZEL.

148) **T. Mutschenbacher** (Budapest). **Beiträge zur Pathologie der Strumen, gestützt auf 182 Fälle.** *Orvosi Hetilap. No. 16 u. 17. 1909.*

Unter den Fällen waren 155 parenchymatös, 17 cystisch, 5 bösartig, 1 mit Basedow, 1 mit Recidiv und 3 Mal ist Strumitis beobachtet worden. Substernale Struma ist 4 Mal beobachtet worden. Eine interne Therapie ist nur denjenigen Patienten vorgeschlagen worden, welche die Operation refüsirten. Auf Thyreoidea-Tabletten erfolgte Besserung in 5 Fällen. Unter den 154 operirten Fällen sind

6 Patienten gestorben, darunter ein Fall an Tetania thyreopriva. Das Material stammt aus der chirurgischen Klinik. v. NAVRATIL-POLYAK.

149) **Weber** (Columbien). **Eine seltene Krankheit, die acute primäre, nicht eitrige Thyreoiditis. (Maladie peu connue. La thyreoidite aiguo simple.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. 1909.*

Mitunter alarmirende Symptome wie bei malignen Tumoren; rasche feste Schwellung, heftige ausstrahlende Schmerzen, rasche Abmagerung, starkes Krankheitsgefühl, Prostration, Somnolenz ohne Schlaf, Respirationshindernisse, Symptome von Thyreoidismus, sehr geringer Temperaturerhöhung, nicht über 37,5. Behandlung mit feuchten Compressen; kein Jod.

Die secundäre Form findet sich besonders bei Rheumatismus articulorum acutus, als Signum thyreoideum und bei Typhus; seltener bei Influenza, Masern, Parotitis und Cholera. JONQUIÈRE.

150) **Sabitt** (Kairo). **Beiträge zum Studium der Schilddrüsenentzündungen. (Contribution à l'étude des thyreoidites.)** *Dissert. Genf 1909.*

Verf. definirt den Begriff Thyreoiditis als Entzündung der gesunden Schilddrüse im Gegensatz zu Strumitis. Er bespricht 13 Fälle aus einer Genfer Klinik, von denen er nur einen selbst beobachtet hat. Einige sind nach Pneumonie aufgetreten. Die Schlüsse sind hauptsächlich folgende: Die zu Pneumonie hinzutretenden Thyreoiditiden sind relativ selten und gutartig. Die Pneumokokken-Neuritis ist viel häufiger. Beide kommen nur bei Erwachsenen vor. Thyreoiditis neigt zu Eiterung. Sie und die Strumitis können auch symptomlos verlaufen und werden dann mitunter erst bei der Autopsie entdeckt. Mitunter zeigen sich postpneumonische Basedow-Symptome. Wo der bacteriologische Befund positiv war, fand man in 44,82 pCt. Pneumokokken. Bei secundären Affectionen waren oft Streptokokken zugesellt. Auch nach Grippe fanden sich Schilddrüsenentzündungen mit Pneumokokken. Sie scheinen auf der der Pneumonie entsprechenden Körperseite meist aufzutreten. Die Thyreoiditis sowie die Strumitis werden durch anhaltende feuchte Umschläge oft vor Eintritt der Eiterung geheilt. JONQUIÈRE.

## g. Oesophagus.

151) **Lateiner** (Wien). **Angeborene Atresie des Oesophagus mit Trachoalcommunication.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 2. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles mit den verschiedenen Hypothesen über die mögliche Entstehungsweise der vorliegenden Anomalie. HANSZEL.

152) **Sternberg** (Brünn). **Atresie des Oesophagus mit doppelter Communication mit der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1909.*

Im ärztlichen Verein in Brünn demonstrirt St. die Brustorgane eines $^1/_2$ Std. nach der Geburt an Asphyxie gestorbenen Kindes, an welchem die oben angeführte Anomalie zu sehen ist. HANSZEL.

153) **Nové-Josserand, Sargnon** (Lyon). **Impermeable Narbenstenose des Oesophagus und Oesophagoskopie. (Rétrecissements cicatriciels infranchissables de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Lyon Médical. 28 März 1909.*

In dem Fall der Verff. traten jedes Mal nach der Oesophagoskopie pleuropulmonale Störungen auf. Verff. schliessen daraus, dass es Oesophagusstenosen giebt, die der Oesophagoskopie unzugänglich sind; in diesen Fällen muss frühzeitig die Gastrotomie gemacht werden, ein Faden ohne Ende angewandt und die progressive retrograde Dilatation gemacht werden.

Mit Fibrolysin haben Verff. kein Resultat erzielt. GONTIER de la ROCHE.

154) **Isaac** (Wiesbaden). **Ein Beitrag zur Casuistik und Symptomatologie der Oesophagusdivertikel.** *Medic. Klinik. 13. 1909.*

Die Lage des Divertikels (56jährige Frau) sowie seine Grösse lassen es ausser Zweifel, dass es sich um ein pharyngo-ösophageales Pulsionsdivertikel handelte. Auffallend waren Störungen von Seiten des Sympathicus, die möglicher Weise durch den Druck des Divertikels auf den Grenzstrang bedingt waren.

SEIFERT.

155) **Botey** (Barcelona). **Drei Fälle von schwerem Cardiospasmus. (Tres casos de cardiospasmo grave.)** *Archivos latinos de Oto-rino-laringologia. Mai 1908.*

Drei mittels der Oesophagoskopie diagnosticirte Fälle mit daran sich knüpfenden therapeutischen Betrachtungen. TAPIA.

156) **Herbert Tilley. Eine einzigartige Erfahrung mit directer Oesophagoskopie. (Direct Oesophagoscopy. A unique experience.)** *Lancet. 27. März 1909.*

Ein 4 Tage altes Kind verschluckte die Zitze eines Schnullers. Das Kind konnte nicht mehr trinken, und man fand den Fremdkörper und ein Stück Watte mittelst des Brünings'schen Oesophagoskops im Oesophagus und konnte ihn entfernen. ADOLPH BRONNER.

157) **v. Hacker** (Graz). **Fremdkörper des Oesophagus.** (Verein der Aerzte in Steiermark, 13. December 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1908.*

v. H. demonstrirt ein Zahnersatzstück, das er auf endoskopischem Wege aus dem Oesophagus entfernte, und erwähnt, dass ihm in 48 Fällen von Fremdkörpern in dem Oesophagus (auf endoskopischem Wege) die Entfernung ohne jeglichen Schaden für die Kranken gelungen sei. HANSZEL.

158) **E. Heurard** (Brüssel). **Einundzwanzig Fälle von Extraction metallischer Fremdkörper aus der Speiseröhre hinter dem Röntgenschirm. (Vingt-et-un cas d'extraction de corps étrangers métalliques de l'oesophage sous l'écran radioscopique.)** *C. R. du IV. Congrès internat. d'électr. et de radiol. méd. Amsterdam 1908.*

Einem verschluckten metallischen Fremdkörper gegenüber soll immer zuerst radioskopirt werden. H. beschreibt 19 Fälle von glatten, platten, metallischen Fremdkörpern, welche er bei lateraler Durchstrahlung hinter dem Röntgenschirm mittelst einer Zange mit gleitenden Branchen extrahirt hat. In 2 weiteren Fällen

tiefer im Oesophagus steckender Fremdkörper wurden dieselben mittelst der Thiemann'schen Zange in gleicher Weise extrahirt.

H. verwirft wohl mit Recht die Graefe'schen, Kirmisson'schen und alle sonstigen blind arbeitenden Instrumente; er empfiehlt seine Methode namentlich für die platten Fremdkörper und beschränkt die Indicationen der Oesophagoskopie auf die für Röntgenstrahlen durchlässigen und auf diejenigen Fremdkörper, welche wie Nadeln, Knochensplitter u. s. w. von der Zange nicht zu fassen sind. Ref. möchte die Extraction hinter dem Röntgenschirm nur in den Fällen indicirt wissen, wo bei einem Kinde ein metallischer, glatter, platter Fremdkörper sich im oberen Speiseröhrentheil befindet, wie er in seinem Buche: „Was leisten die Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie," Wiesbaden 1908, ausgeführt hat.

H. BURGER.

---

# III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

## a) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. December 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari bespricht eine schwierige Knochenextraction aus dem Oesophagus und stellt die Frage: Indication der endoskopischen Entfernung und der per oesophagotomiam zur Discussion.

Hajek empfiehlt u. a. vor der endoskopischen Entfernung gelegentlich die Vornahme einer Morphiuminjection, Grossmann warnt vor Uebereilung, da Spontanelimination erfolgen kann, Heindl räth in schwierigen Fällen eventuell zur Narkose; ferner sprachen noch Kofler, Réthi, Scheff und Chiari.

Fein spricht über einen Fall von Kiefercyste, die differentialdiagnostisch einige Schwierigkeiten bot gegen eine zweigetheilte Kieferhöhle. Pat. trägt eine Prothese, ist beschwerdefrei und es besteht keine Nothwendigkeit, eine Oeffnung in der Nase anzulegen.

Stern stellt einen Fall von Sigmatismus nasalis vor und bespricht die Therapie, die er einschlagen wird, sowie die Aetiologie und Prognose.

Hütter führt einen Patienten vor, bei welchem wahrscheinlich ein tertiär luetischer Process vorliegt, der zur theilweisen Sequestrirung des Septums geführt hat und durch ein Trauma ausgelöst wurde.

Glas demonstrirt einen Patienten mit einem an der hinteren Fläche der Aryknorpel sitzenden acuten Kehlkopfabscess und bespricht im Anschluss daran einen von ihm beobachteten Epiglottisabscess.

Chiari: 19jähriges Mädchen mit hochgradiger narbiger Stenose beider vorderen Nasenöffnungen, der Nasenrücken tief eingesunken. Plastische Operation nach Dr. Walliczek in Breslau.

Réthi sah die Patientin vor Chiari und liess nach vorheriger Erweiterung entsprechende Hartgummituben tragen, um die narbige Wiederverwachsung hintanzuhalten.

Kofler stellt einen Fall zur Diagnose. Trotz des negativen Ausfalls der Untersuchung auf Bac. fusiformis und Spirochaeta refringens hält Glas diese Affection für eine Angina membranacea.

Kahler berichtet über die drei in der vorigen Sitzung aus der Klinik vorgestellten Fälle, dass bei der von Marschik demonstrirten Stenose des Pharynx- und Larynxeinganges Lues auszuschliessen ist. Lupus wahrscheinlich. In dem Falle von Halsphlegmone konnte kein Actinomyces gefunden werden. Der Patient mit dem Glottisspasmus verliess gegen die Einwilligung von Seiten der Klinik das Spital.

Kahler demonstrirt das anatomische Präparat und histologische Schnitte eines Carcinosarkoms des Recessus piriformis. (Wird publicirt.)

## Sitzung vom 8. Januar 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein: Fremdkörper (Cigarrenspitze) 13 Jahre im Gewebe des weichen Gaumens.

Glas: Congenitales Kehlkopfdiaphragma im vorderen Winkel des Stimmbandes.

Discussion: Fein, Hajek, Glas.

Stern stellt den in der vorigen Sitzung demonstrirten Fall von Sigmatismus nasalis als geheilt vor und demonstrirt weitere einschlägige Fälle.

Marschik spricht an der Hand eines Falles über Antritis perforans.

Hajek und Hirsch glauben, dass in diesem Falle das Empyem das Secundäre sei, die Ostitis das Primäre, Weil und Menzel denken an Osteomyelitis, wogegen Marschik und Chiari nach den Zeitpunkten des Auftretens der Symptome an der primären Antritis festhalten.

Heindl: Angeborene Atresie der Choane.

Kofler: Häufig recidivirendes Nasenbluten bei einem Patienten, dessen Haut und Schleimhäute keine Angiome aufweist.

Kahler demonstrirt einen Patienten mit Lues im Oesophaguseingang, sowie drei Fremdkörper, die er mittelst Oesophagoskopie entfernte.

## Sitzung vom 5. Februar 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari: Durchbruch eines Oesophaguscarcinoms in die Trachea.

Fein beobachtet seit 6 Jahren einen Patienten mit recidivirenden tumorartigen Prominenzen unter der vorderen Commissur und unter den Stimmlippen, bei welchem eine schon vor 6 Jahren vorgenommene Probeexcision die Diagnose: Epithelialcarcinom ergab, was durch 4 weitere Excisionen bestätigt blieb. An der Richtigkeit der histologischen Befunde ist bei der Autorität der pathologischen Anatomen kaum zu zweifeln, es kann sich daher nur um einen ungewöhnlich gutartigen Verlauf handeln, denn das klinische Bild ist heute so wie vor 6 Jahren.

In der Discussion sprechen sich Hajek, Róthi und Grossmann auf Grund mehrerer Fälle sehr skeptisch den histologischen Befunden gegenüber aus; Glas empfiehlt, Serienschnitte zu untersuchen.

Menzel demonstrirt einen Fall von einseitigem tonischen Kehlkopfkrampf bei allmählich durch maligne Struma eingetretener Recurrenslähmung derselben Seite.

Ferner: einen 48jährigen Mann mit linksseitiger Recurrenslähmung, sowie Verlagerung der Trachea und des Larynx infolge Verziehung der Aorta und des ganzen Mediastinums durch einen linksseitigen Lungenprocess.

Schliesslich: eine acute Ostitis der lateralen Nasenwand mit secundärem stinkenden Kieferhöhlenempyem und ein beginnendes Rhinosklerom der Nase und des Nasenrachenraumes.

Sitzung vom 4. März 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Harmer: 20jährige Patientin mit geheilter Choanalatresie. Eine kleine künstliche Oeffnung wurde zunächst mittelst Tamponade etwas erweitert, sodann die Platte abgemeisselt.

Glas demonstrirt einige Fälle zum Kapitel: „Kehlkopfstörungen und Tabes“:

a) einen Fall von rechtsseitiger Posticusparalyse, linksseitiger Posticusparese, ataktischen Bewegungen des linken Stimmbandes (inspiratorischer Ataxie), paradoxen Athembewegungen und laryngealen Krisen;

b) einen Fall von ataktischem Tremor der Stimmbänder, perversen Athembewegungen und Larynxkrisen als Frühsymptom einer Tabes;

c) einen Fall von Stimmbandataxie mit hier und da auftretenden perversen Athembewegungen und Larynxkrisen.

Hinweis auf die Wichtigkeit einer exakten Beobachtung auch feinerer Bewegungs- resp. Coordinationsstörungen der Stimmbänder zwecks frühzeitiger Diagnose.

Hirsch stellt einen Patienten vor mit einem Septumabscess dentalen Ursprungs.

Menzel stellt einen Fall von doppelseitiger Posticuslähmung vor, welche nach zwei innerhalb der letzten fünf Jahre vorgenommenen Strumectomien auftrat. Die Entwickelung dieser Lähmung beweist die Richtigkeit des Semon-schen Gesetzes.

Weil: Defekte der vorderen Hälfte des häutigen Septums, angeblich seit Kindheit bestehend, gummöser Ursprung nicht auszuschliessen.

Sitzung vom 1. April 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hirsch berichtet über eine neue endonasale Methode der Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems. Temporäre Resection der unteren

Muschel, breite Oeffnung vom unteren Nasengang vorne in die Kieferhöhle, Wiederannähen der Muschel.

Hierauf folgten die discutorischen Bemerkungen zu Menzel's Fällen von a) einseitigem Kehlkopfkrampf und von b) Schiefstand des Larynx und der Trachea infolge eines intrathoracalen Processes.

Zu a) spricht Réthi sich dahin aus, dass es sich um eine der Pendelzuckung ganz analoge Bewegung handle, d. h. um eine nicht vollständige Recurrenslähmung. Grossmann kritisirt die Erklärungsweise Menzel's, ebenso Roth; Hajek findet die von M. gezogenen Schlüsse für nicht richtig. Menzel betont im Schlusswort, dass es sich im demonstrirten Falle um einen tonischen Krampf des Aryknorpels gehandelt hat und replicirt auf die verschiedenen Einwendungen in der Discussion.

Zu b) sind Réthi und Fein nicht der Meinung, dass der Kehlkopf durch den Mediastinalprocess irgend welche Lageveränderung aufweist und glaubt Fein an eine angeborene Asymmetrie der Schildknorpelplatten, während Menzel dies auf Grund von Messungen als nicht richtig bezeichnet.

In der Discussion zu Marschik's Fall von combinirter Gaumensegellähmung kommt Réthi auf seine Untersuchungen zu sprechen, welche ergaben, dass der Levator palati mollis nicht vom Facialis, sondern vom Vagus seine motorischen Fasern bezieht, für welche Thatsache Glas einige klinische Befunde anführt.

Zu den von Glas vorgestellten Fällen von Kehlkopfstörungen bei Tabes macht Grossmann bezüglich der Deutung der perversen Stimmbandbewegung und der ataktischen Bewegungen einige Bemerkungen und verweist auf seine diesbezüglichen grundlegenden Arbeiten. In seinem Schlusswort giebt Glas seiner Ansicht Ausdruck, dass die perversen Stimmbandbewegungen beim Menschen nicht auf die durch inspiratorische Luftverdünnung erfolgte Ansaugung zurückzuführen seien, sondern auf eine Schädigung der Glottiserweiterer (Burger).

Auch über Menzel's Fall von zurückgegangener Recurrenslähmung (doppelseitiger Posticuslähmung) entspann sich eine lebhafte Debatte.

Zum Schluss hält Grossmann seinen Vortrag: Ueber die reflectorischen, vasomotorischen Störungen nasalen Ursprungs (publicirt).

### Sitzung vom 13. Mai 1908.

Vorsitzender: Doc. Dr. Roth.

Glas demonstrirt einen Galvaniseur mit Hydrargyrose der Nasenschleimhaut, einen Patienten mit Phosphornekrose der Oberkiefer und einen 57 jährigen Mann mit Carcinoma laryngis, in welchem Falle die absolut indicirte Totalexstirpation vom Patienten abgelehnt wurde.

Menzel zeigt das Präparat eines am Septum gestielt aufsitzenden rhinoskleromatösen Tumors, ferner das anatomische Präparat einer Stirnhöhle mit zwei Ausführungsgängen, sowie das histologische Präparat eines Enchondroms des Rachendaches.

Weil demonstrirt ein Röntgenbild mit dem Nachweise der Communication beider Stirnhöhlen (nach Einspritzung von Bleisulfataufschwemmung in die linke Stirnhöhle bei hängendem Kopfe).

Hütter spricht über die Anwendung der Localanästhesie bei der Adenotomie (publicirt).

In der Discussion sprachen fast alle Herren gegen die Anwendung der Localanästhesie bei Kindern; Hütter betont in seinem Schlusswort, dass er seine Infiltrationsanästhesie vor Adenotomien hauptsächlich bei älteren Kindern empfohlen habe, dass sich dieselbe aber auch in ausgewählten Fällen bei kleineren Kindern anwenden lasse.

Sitzung vom 4. November 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Hütter demonstrirt einen Fall von Aphonia et Dyspnoea spastica, offenbar auf hysterischer Basis. Durch die Narkose konnte der Krampf vorübergehend gelöst werden. Die Pat. wurde schon einmal tracheotomirt, bald darauf jedoch wieder decanulirt.

Hierzu sprachen Heindl (Heilung durch Suggestion und Narkose), Grossmann (allgemeine Bemerkungen über Motilitätsstörungen der Stimmbänder auf hysterischer Grundlage), Chiari, welcher fragt, ob der Spasmus während des Schlafens schwindet, worauf Pat. unklare Angaben macht.

2. Glas stellt a) einen Patienten vor, bei welchem eine vor Monaten bestandene totale Recurrenslähmung bei Grösserwerden eines Arcus-Aneurysma bis auf eine leichte Posticusparese zurückgegangen ist; b) einen primären isolirten Pemphigus des Larynx.

Discussion: Grossmann, Weil, Heindl.

3. Fein stellt einen Mann vor, welcher einen Selbstmordversuch durch Erhängen ausführte, wodurch es zu einer Compression des rechten Vagus kam (Fixation der rechten Stimmlippe, beschleunigte Athmung, 105 Pulse).

4. Weil demonstrirt einen Fall von wahrscheinlich auf tuberculöser Basis entstandener Narbenstenose des Larynx.

5. Chiari demonstrirt das Präparat von einem Patienten, welcher durch das Eindringen eines Fremdkörpers vom Oesophagus her nach einigen Tagen an einer Blutung aus der Aorta starb (durch die Muskelcontractionen des Oesophagus wurde der spitze Fremdkörper in das Gewebe hineingetrieben).

6. Kahler stellt einen Patienten mit recidivirenden Papillomen im Larynx vor. Ferner einen nach Killian radical operirten und geheilten Patienten mit chronischer Stirnhöhleneiterung, bei welchem die vor der Operation bestandenen meningealen Reizsymptome verschwanden.

An der Discussion, die sich hauptsächlich um die Indication zur primären Naht drehte, betheiligten sich Hajek, Kofler und Chiari.

7. Marschik bringt einen Fall von Sklerom, bei dem die Röntgenbehandlung eingeleitet wurde.

8. Kahler und Marschik berichten über bronchoskopische Fremdkörperfälle. Ein 6 Monate alter Säugling und zwei 6jährige Kinder, von denen eines an Pneumonie starb. Obere Bronchoskopie: Knochen, Pflaumenkern, Kugel.

Hanzel-Chiari.

## b) XVI. Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen*).

(Bericht von Dr. F. Blumenfeld, Wiesbaden, Schriftführer des Vereins.)

Vorsitzender: Prof. Denker (Erlangen).

Als Ort der nächsten Tagung, die am Donnerstag vor Pfingsten 1910 stattfinden soll, wurde Leipzig gewählt.

A. Horn (Bonn): Die Behandlung operirter Nebenhöhlen.

Auf Grund des Erfolges von 24 Stirn- und Siebbeinoperationen, die im Wesentlichen nach der Killian'schen Methode ausgeführt wurden, empfiehlt H. das Princip des negativen Druckes anzuwenden, um dadurch von dem Zeitpunkt der Entfernung des Tampons bis zur vollständigen Heilung eine vollständige und absolute Drainage zu erzielen. Er glaubt, diesen Erfolg allerdings nur dann erwarten zu dürfen, wenn 1. durch vorhergehende Eingriffe alle Polypen, Bullae, leicht zugängliche vordere Siebbeinzellen und Eiterungen anderer Höhlen beseitigt sind; 2. wenn die Operation absolut radical ausgeführt ist, so dass nicht eine einzige erkrankte Siebbeinzelle oder verdickte Stirnhöhlenschleimhaut zurückbleibt; 3. wenn durch wiederholtes tägliches Absaugen mit einer dem betreffenden Fall angepassten Druckhöhe das Operationsgebiet von Anfang bis zum Ende von dem Secret freigehalten wird. Nach H.'s Ansicht hat die Saugbehandlung eine verzögernde Einwirkung auf die Tendenz der Drainageöffnung, sich zu verkleinern. Misserfolge treten besonders dann ein, wenn eine Ozaena mit Nebenhöhlenkrankheiten combinirt sich vorfindet. In diesen Fällen zieht sich die Nachbehandlung von Woche zu Woche hin und es wird Secret gewöhnlich am Nasenboden gefunden, dessen Ursprung schwer zu bestimmen ist. Durch Abschluss der in Betracht kommenden anderen Nebenhöhlen sowie durch Bepulvern der Nasenschleimhaut mit Aristol ist es möglich, festzustellen, ob es sich auf der Nasenschleimhaut selbst oder in einer der Nebenhöhlen bildet. Die künstliche Drainage der Nebenhöhle durch Ansaugen bietet nach Ansicht des Autors einen bedeutenden Vortheil in der Behandlung dieser Krankheiten.

A. Schoenemann (Bern): Demonstration neuer Nasenspecula.

Bei dem Cramer'schen resp. Killian'schen Nasenspeculum haben sich gewisse Uebelstände gezeigt, denen durch eine Sperrvorrichtung und durch kurze Griffe am linken Speculumlöffel begegnet werden soll. Der sehr einfache Gebrauch des Speculums ist folgendermaassen: Einführen der geschlossenen Nasenlöffel, Oeffnen und Feststellen derselben, weitere Handhabung des selbstständig geöffnet bleibenden Instrumentes während der Operation vermittelst der beiden seitlichen Löffelgriffe. Die Instrumente werden fabricirt bei Schärrer, A.-G., Bern.

*) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei Curt Kabitsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.



Derselbe: Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ozaena.

Sch. hatte früher die Vermuthung geäussert, dass die Ozaena eine dem Eczem und seinen Folgen an die Seite zu stellende Nasenschleimhauterkrankung darstelle. Weitere Beobachtungen haben ergeben, dass Ozaenakranke nicht selten gleichzeitig an Eczem der äusseren Haut litten, doch kann von einem gesetzmässigen Zusammentreffen auf Grund der Beobachtung von etwa 50 Ozaenafällen nicht die Rede sein. Hingegen scheint scheint die interne oder besser noch die subcutane Anwendung des Arsens in möglichst grossen Dosen zweifellos einen günstigen Einfluss auf die andauernde Besserung der Ozaena auszuüben. Allerdings kann dabei die locale Behandlung nicht entbehrt werden. Bei zwei Fällen stellte ferner Sch. bei Kranken, die mit Ozaena behaftet waren, die irrthümliche Diagnose auf eine Kieferhöhleneiterung. Nach breiter Eröffnung von der Fossa canina aus stellte sich zwar die Diagnose als falsch heraus, doch nahm von da an die Ozaena einen sichtlich milderen zur Heilung tendirenden Charakter an. Sollte sich eine solche breitere Eröffnung des Sinus maxillaris bei genuiner, d. h. nicht durch Sinusitis complicirter Ozaena bewähren, so wäre der Vorschlag, die Therapie dieser Krankheit mit breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Nase aus zu beginnen, wohl gerechtfertigt.

Discussion: Polatschek, Winckler, Wassermann, Möller.

Winckler (Bremen): Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterungen.

Zerstörungen der Kieferwände durch relativ gutartige Affectionen der Highmorshöhle constatirte W. in den letzten Jahren: 1. bei einem dentalen chronischen Empyem, 2. bei einer Zahncyste, 3. bei einer Cholesteatombildung in der Kieferhöhle.

1. Fall: 19jähriger Patient, der seit 2 Jahren an einer Fistel zwischen den beiden linken oberen Schneidezähnen leidet, die fortdauernd zahnärztliche Behandlung nothwendig macht. Links von der Raphe des Gaumens hängt die Schleimhaut des Gaumens sackförmig in den Mund hinein. Bei Durchleuchtung zeigt sich der linke Oberkiefer dunkel, während der rechte gut lichtdurchgängig war. Incision des Abscesses am Gaumen brachte keine Heilung. Es ergab sich vielmehr bei weiterer Untersuchung eine Abscesshöhle, in der die Wurzeln beider Schneidezähne sowie die Innenseite des Eckzahnes, umgeben von Granulationen, frei lag. Extraction der Schneidezähne, Auslöffelung der Granulationen. Oberhalb der Abscesshöhle wird die verdickte Mucosa der Highmorshöhle sichtbar. Die Knochenplatte des Gaumens war bis über die Mitte hinaus zerstört. Abbrechen der Operation infolge Störung der Narkose. Später Schnitt in die verdickte Kieferhöhlenschleimhaut, Entleerung dickschleimiger, eitriger Flüssigkeit, breite Freilegung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, Entfernung ber Kieferhöhlenschleimhaut, soweit sie der Abscesshöhle anlag, Abtragung der lateralen Nasenwand unterhalb der Nasenmuschel und eines Stückes des knöchernen Nasenbodens unter sorgfältiger Schonung der Schleimhaut. Spaltung der Nasenschleimhaut dicht unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel, Bildung eines Schleimhaut-

lappens, der nach unten geschlagen wurde, damit er mit dem Periostüberzug des zerstörten Gaumengewölbes verwachse.

Nach sorgfältiger Versorgung der Wunde schnelle Heilung.

2. Fall: 10jähriger Knabe. Vorderfläche der rechten Wange durch einen kindsfaustgrossen Tumor vorgetrieben. Punction des Tumors ergab eine gelblich-rothe, trübe, mit zahlreichen Flocken vermischte, seröse Flüssigkeit, die keimfrei war und mikroskopisch neben zahlreichen Cholestearinkrystallen rothe Blutkörperchen, Leukocyten und Epithel aufwiesen. Breite Spaltung über der Vorwölbung im Munde. Ablösung des Periosts nach oben und unten, worauf die enorm vorgetriebene faciale Antrumwand bis an die Infraorbitalwand freipräparirt wurde, ebenso ausgedehnte Abtragung der facialen Antrumwand mit Schonung der unter ihr befindlichen schwappenden Geschwulst. Die Cyste, die in der Gegend der Backenzähne dem Boden fest aufsitzt, sich im Uebrigen von der Kieferhöhlenschleimhaut ablöst, wird herauspräparirt. Heilung in 3 Wochen. Controlirt nach einem Jahr.

3. Fall: 28 Jahre alter Arbeiter mit Klagen über Eiterung aus der rechten Nasenhöhle und einer anscheinend periostalen Anschwellung über dem rechten Oberkiefer, die sich angeblich in den letzten zwei Tagen unter Schmerzen entwickelt hatte. Thränen des rechten Auges. Conjunctiva bulbi und palpebralis geröthet. Schwellung des unteren Lides, eingedickter Eiter in rechter Nase. Bei der Operation von der Fossa canina aus übelriechender Eiter. Nach Reinigung der Höhle findet sie sich mit weissen, etwas glänzenden Massen angefüllt, die sich besonders im lateralen Antrumswinkel und hinter dem Jochbein zu einem grossen Tumor angehäuft hatten. Ihre Entfernung mit dem scharfen Löffel ist besonders in der Jochbeinbucht schwierig, so dass der untere Rand des Jochbeins abgetragen werden musste. Eine Zahnwurzelerkrankung am Boden des Antrum Highmori wurde vermisst. Weitere Eröffnung der lateralen Nasenwand. Bisher keine Anzeichen von Recidiv.

Marx (Heidelberg): Aetiologisch interessanter Halsabscess.

68jähriger Patient, der seit 3 Wochen über Schmerzen hinter dem rechten Ohr klagte. Eine reichlich Eiter entleerende Fistel etwa vor der Mitte des Processus mastoideus. Die Umgebung derselben geröthet und etwas infiltrirt. Bei Sondenuntersuchung kein rauher Knochen. Ausserdem rechts complette Facialislähmung. Trommelfell blass. Bei Operation mittels Weichtheilschnittes durch die Fistel Processus normal. Die Zellen desselben normal. Ein Fistelgang führt in einen grösseren Hohlraum, der etwas medial vom Processus styloideus belegen ist. In dieser Höhle dicker Eiter mit zwei in Granulationsgewebe eingebetteten Aehrengrannen. Ausräumung des Inhaltes, Heilung. Facialislähmung besteht fort. Die Anamnese ergab späterhin, dass es sich in diesem Falle um die Durchwanderung eines Fremdkörpers vom Pharynx nach aussen zum Processus styloideus handelte.

Rud. Hoffmann (München): Alkoholinjection des Nervus laryngeus superior.

Angeregt durch die Erfolge Schlösser's mit Alkoholinjectionen bei Neural-





gie hat H. diese Injectionen bei Schluckschmerzen der Kehlkopf-Tuberculösen angewendet, nachdem schon früher Braun und Valentin Cocainlösung zur Erzielung einer vorübergehenden Anästhesie bei kurz dauernden Operationen angewendet hatten. Patient wird horizontal gelagert, mit dem Daumen der linken Hand die gesunde Larynxhälfte medianwärts gedrängt, damit die kranke Hälfte des Kehlkopfgerüstes deutlich prominirt. Der Zeigefinger geht in dem Raum zwischen Schildknorpel und Zungenbein nach aussen, bis der Patient die schmerzende Stelle als getroffen meldet. Man hält nun den Nagel des Zeigefingers auf der sorgfältig desinficirten Haut so fixirt, dass die Eintrittsstelle für die Nadel gerade vor seiner Mitte liegt. H. geht $1^1/_2$ cm tief senkrecht zur Körperoberfläche ein. Die Nadel wird vorsichtig bewegt, bis der Patient angiebt, dass er Schmerz im Ohr empfindet. Injection $45^0$ warmen 85proc. Alkohols. Entfernung der Nadel, Collodiumverband. Ueble Zustände sind nicht bemerkt, doch bedarf es einer eigenen nach Schlösser's Muster angefertigten Spritze. Der Patient ist sofort nach der Injection im Stande, feste Speisen ohne Beschwerden zu sich zu nehmen. Die Dauer der Analgesie ist verschieden. Sie schwankt zwischen 6 und 40 Tagen. H. hält das Verfahren für sehr empfehlenswerth.

Discussion: Avellis: A. hat, da ihn die Resultate der Alkoholinjection nicht vollkommen befriedigten, bei einem Fall von sehr schwerer Phthise mit geringem Lungenbefund den N. laryngeus sup. in einem Zwischenraum von 9 Tagen beiderseits resecirt. Das gelang ohne Schwierigkeit, da durch den mageren Hals des Kranken die Arterie leicht durchzufühlen war. A. theilt dann seine Erfahrungen über Alkoholinjectionen bei supraorbitaler Neuralgie mit. Auch hier war der Dauererfolg nicht immer befriedigend, so dass A. zur Resection des N. supraorbitalis schreiten musste.

Kahler (Wien): Zur Casuistik der primären Trachealcarcinome.

K. berichtet über zwei Fälle. Der erste Fall betrifft einen 61jährigen Schlosser, der 1907 bereits von v. Schrötter tracheoskopirt und mit Hülfe eines gefensterten Rohres, welches die Geschwulst für die Operation fixirte, operirt war. Die entfernten Stückchen ergaben Cylinder-Zellen-Carcinom. Erneute Athemnoth führte den Kranken wieder der Klinik zu, wo sich ein das Lumen der Trachea fast verschliessender, höckriger, grau-röthlicher Tumor fand, der scheinbar breitbasig aufsitzt. Bei Berührung mit der Pincette ergab es sich, dass der Tumor nicht so breitbasig aufsass, wie es zuerst den Anschein hatte. Es wurde deshalb der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, nachdem er durch eine gleichzeitig eingeführte Hakenpincette in diese hinein und zugleich vor der Aspiration in den Bronchus bewahrt war. Die Entfernung eines Stückes von über 2 cm Länge, 1,5 cm Breite und 1 cm Dicke gelang leicht. Blutung gleich Null. Nach 6 Tagen Entfernung eines beträchtlichen zurückgebliebenen Stückes. Entfernung der Reste des Tumors mit Landgraf'scher Doppelcürette und gründliche Verschorfung des Grundes mit dem Flachbrenner. Bis heute Heilung.

2. Fall. 52jährige Tagelöhnersgattin, bei der 1897 schon ein im 4. Trachealring sitzender breitbasiger Tumor entfernt war, unter Leitung des Larynxspiegels. Da es sich um ein Recidiv handelte, schlug man bei der späteren Aufnahme der

Patientin die Tracheofissur vor, die Angesichts des hohen Sitzes der Geschwulst aussichtsreich gewesen wäre. Ablehnung der Operation. Der Versuch, die breitbasige Geschwulst mit der Schlinge abzutragen, misslang zunächst, darauf heftiger suffocatorischer Anfall. Entfernung der Tumormassen durch Röhrenspatel. Die ziemlich heftige Blutung durch Cauter gestillt. Patientin verlässt das Spital bei vollkommenem Wohlbefinden. Folgt Bericht über das histologische Bild der Tumoren.

Frers (Hamburg): Studien über die postembryonale Entwickelung der Nebenhöhlen der Nase.

Nachdem Killian die embryonale Entwickelung der Nebenhöhlen um einen grossen Schritt weiter gebracht hat, glaubt F. versuchen zu sollen, die postembryonate Entwickelung der Nebenhöhlen einer Betrachtung unterziehen zu sollen und sucht für deren Entstehung eine Erklärung. Er findet dieselbe u. a. in einem rein physikaliscken Factor, nämlich in den Druckschwankungen in der Nase, vor allem durch den Exspirationsdruck. Für diese Theorie spricht 1. der Umstand, dass das Hauptwachsthum der Nebenhöhlen einsetzt nach der Berührung mit dem Luftdruck und dessen Schwankungen. Bei der Geburt sind nur Anlagen vorhanden. 2. Die Beobachtung, dass nach dem Naturgesetz Organe, welche keine Funktion mehr haben, schrumpfen, sich zurückbilden. 3. Glaubt F. für seine Annahme die Aehnlichkeit verwerthen zu sollen, welche die ausgebildeten Nebenhöhlen in der Form mit wirklich durch Luftdruck (Exspirationsdruck) entstandenen Hohlräumen, z. B. den Lungencavernen, haben. 4. Spricht dafür die Richtung des In- und Exspirationsstromes und die anatomischen Verhältnisse, welche er nach der Geburt vorfindet. 5. Auch die Auskleidung der Nebenhöhlen kann für eine derartige Entstehung sprechen. Ferner sprechen klinische und pathologische Beobachtungen für die Annahme, dass die Luftdruckschwankung bei der Bildung der Nebenhöhlen eine bedeutende Wirkung ausüben kann. Alle diese verschiedenen Punkte werden weiter ausgeführt, eignen sich aber nicht zu kurzem Referat.

Discussion:

Schoenemann führt die Bildung der pneumatischen Nebenhöhlen zunächst auf das Einwachsen mehr oder weniger solider Epithelzellen in die Tiefe zurück. Sie differenziren sich später zu einem lufthaltigen Sack. Er glaubt, dass der Entwickelungsmodus der pneumatischen Gesichtshöhlen principiell nicht unter einem anderen Gesichtspunkt zu betrachten ist, als die Pneumatisation der übrigen Knochen, speciell derjenigen des Felsenbeines, bei welchem eine unmittelbare Folge des Respirationsdruckes nicht in Frage kommen kann.

Killian weist darauf hin, dass diese schwierige Frage nur auf Grund eigener Untersuchungen und des Beherrschens der Literatur gelöst werden könne. Die Ausbildung der thierischen und menschlichen Körperformen wird in erster Linie von den Gesetzen der Phylogenese und Ontogenese beherrscht. Die Luftdruckeinwirkungen können kaum formativen Werth besitzen. Eine grosse Reihe von Beispielen aus der Thierwelt zeigt, dass es Nebenhöhlen giebt, bei denen die Einwirkung des Luftdruckes von vornherein ausgeschlossen ist.





Mann (Dresden): Demonstration von Moulagen, die nach Spiegelbildern des Nasenrachenraumes angefertigt sind.

Im Verfolg seiner früheren Arbeiten über das Bild des Nasenrachenraumes zeigt Vortragender ausserordentlich instructive Moulagen, die er im Verein mit einem Künstler angefertigt hat.

Derselbe: Demonstration von Bildern und Photographien nach Sectionsbefunden bei solchen Fällen, die in vivo tracheobronchoskopirt waren.

Fall 1. Mann in den 50er Jahren mit seit Monaten zunehmenden Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Athemnoth. Klinischer Befund: Mässige Struma, doppelseitige Recurrenslähmung, in- und exspiratorischer Stridor. Tracheoskopie. Direkt unterhalb der Glottis leicht höckeriger Tumor, von der Hinterwand ausgehend, der noch einen schmalen Spalt freilässt. Diagnose: Maligner Tumor, der in Trachea und Oesophagus gleichzeitig hineingewachsen ist. Section ergab grosses Sarkom, das von der Struma zwischen Luft- und Speiseröhre hineinwuchs.

Fall 2. 60jährige Frau. Kachexie seit 3 Wochen, Knochen an linker Halsseite, Erstickungsanfälle. Klinischer Befund: Eitriger Auswurf ohne Bacillen. In der Gegend der Schilddrüse harter Knoten. Alte luetische Narbe am weichen Gaumen. Linke Spitze suspect. Tracheoskopischer Befund: Dicht oberhalb der Glottis linke Trachealwand weit ins Lumen vorspringend, tief hinabreichend. Entzündungserscheinungen der ganzen Schleimhaut. Im rechten Bronchus derselbe Befund, links nicht einstellbar. Diagnose: Tertiäre Lues, Gumma am Halse, in der Trachea und Lunge. Section: Alte Lungentuberculose, in linker Spitze abgeschlossene Caverne, grosse substernale Struma, die die Trachealstenose bewirkt.

Fall 3. 30jähriger Mann. Klinischer Befund: Stridor, mittelgrosse Struma, Einziehung der Supraclaviculargruben, Lungenemphysem. Zweiter Pulmonalton verstärkt. Röntgenbefund: Starke Verbreiterung des Aortenschattens, Wassermann positiv. Tracheoskopischer Befund: Trachea auffallend weit. Bei weiterem Vorgehen verschwindet in der Gegend der Bifurcation das Lumen total. Untersuchung aufgegeben. Diagnose: Aneurysma arcus aortae. Section bestätigt dieselbe.

Fall 4. 48 Jahre alte Frau. Husten, Athemnoth, Schluckschmerzen, Zurückkommen genossener Speisen, Blutbrechen. Tracheoskopischer Befund: 20 cm oberhalb der zu erwartenden Bifurcation unregelmässiger Tumor, von der Hinterwand ausgehend. Blick in die Tiefe unmöglich. Oesophagoskopischer Befund: In 24 cm Tiefe an der Verderwand ulcerirter Tumor. Diagnose: Kleines Oesophaguscarcinom, das von der vorderen Wand der Speiseröhre in die Trachea hineingewuchert war. Exitus unter Fieber. Pleuraerscheinungen. Section ergab den in die Trachea und die Hauptbronchien hineingewucherten Tumor. Perforation des rechten Hauptbronchus, eitrige Pneumonie im rechten Unterlappen.

Fall 5. 56jährige Dame. Befund: Auffallende Verbreiterung des Sporns der Trachea. Weiter in der Tiefe verengt sich der Bronchus derartig, dass Tubus festsitzt. Diagnose: Da Augenarzt eine Papillenaffection für luetisch hielt, specifische Behandlung. Scheinbare Besserung, dann Zunahme der Beschwerden. Später Beckentumor. Exitus nach einem halben Jahre. Das Bild der Präparate

zeigt Bronchus in Carcinommasssen eingebettet, desgleichen die intrabifurcalen Drüsen carcinomatös. Knochenmetastasen.

Fall 6. 55jähriger Mann. Athemnoth, plötzliche Heiserkeit. Befund: Inspiratorisches Stenosengeräusch, Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Links hinten unten handbreit leichte Dämpfung. Tracheoskopischer Befund: In der Gegend der Bifurcation wölbt sich die Hinterwand leicht vor. Daselbst Pulsation. Lumen des linken Hauptbronchus verengt. Bei weiterem Vorgehen bei 9 mm-Tubus zeigt sich der linke Bronchus in der Tiefe von 30,5 cm durch Vorbauchung seiner medialen und unteren Wand fast verschlossen. Diagnose: Stenose der Lymphdrüsen durch Anthracose. Sectionsbefund: Carcinom des linken Hauptbronchus.

Fall 7. Ueber Lungen Schall rechts ein wenig kürzer als links, überall vesiculäres Athmen mit Trachealbeiklang. Röntgenbild im Hilusschatten besonders rechts zahlreiche dunkle Flecken. Tracheoskopischer Befund: Mässige Vorwölbung der Hinterwand in der Gegend der Bifurcationszone stark verbreitert. Eingänge der Bronchien verengt. Starke Neigung zu Blutung daselbst. Untersuchung der tieferen Wege unmöglich. Diagnose: Carcinom der Trachea, auf Bronchien und rechten Lungenhilus übergreifend. Durch Section bestätigt.

Fall 8. 62jährige Frau. Seit 2 Jahren Anfälle von Athemnoth, in letzter Zeit Heiserkeit, Abmagerung. Im Epigastrium apfelgrosser Tumor zu fühlen. In rechter Mamma kleine harte Stelle. Verhärtung und Vergrösserung der Achseldrüse. Tracheoskopischer Befund: Carina fehlt fast völlig, derartig ist die Theilungsstelle verbreitert. Hauptbronchien verengt. Eindringen unmöglich. Diagnose: Metastasen eines Carcinoms an der Theilungsstelle der Bronchien. Durch Section bestätigt.

Fall 9. 35jähriges Fräulein. Nicht tracheoskopirt. Kam mit Diagnose Emphysem ins Spital. Befund: Hochgradige Dilatation des grossen Bronchialbaums, so dass an einer Stelle die Pars membranacea der Trachea 4,5 cm, die Pars cartilaginea 5 cm breit ist. In den Bronchien ähnliche Verhältnisse.

Discussion:

Killian (Freiburg): Die vom Vortragenden erhobenen Befunde sind für die Diagnostik der tieferen Luftwege von grosser Bedeutung und sollten fortgesetzt werden.

Ehrenfried (Kattowitz) berichtet über zwei Fremdkörperfälle und weist darauf hin, dass Fremdkörper häufig ihre Lage im Bronchialbaum wechseln.

Schilling (Freiburg) berichtet ausführlich über einen Fremdkörperfall, bei dem gleichzeitig Pemphigus des Mundes und der äusseren Haut bestand.

Katz (Kaiserslautern): Demonstration eines Sarkoms der Nasenscheidewand.

Auf Grund eines strittigen Falles bespricht K. die Schwierigkeit der histologischen Diagnose der endonasalen Sarkome mit dem Hinweis, dass es von besonderer Bedeutung ist, ein Stück des Tumor, das möglichst von der Schleimhautoberfläche entfernt ist, histologisch zu durchforschen, da die Schleimhaut nasaler Tumoren, die dem Naseneingang sehr nahe sind, Veränderungen eingehen kann, die Sarkomen zum Verwechseln ähnlich sind. Demonstration eines histologischen Präparates von Spindelzellensarkom. (Eigene Beobachtung.)

Derselbe: Demonstration eines Rundzellensarkoms der Uvula. Beschreibung der Operationsmethode.

Discussion: Rödiger (Landau).

Siebenmann (Basel): Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose in den Jahren 1903—1908.

66 Laryngo-Phthisiker, die sämmtlich Zeichen von Lungentuberculose boten, wurden im März und April 1909 zur Controle einberufen. Es ergab sich: Gestorben 24,36 pCt., nicht controlirbar 17,26 pCt., controlirt 25,38 pCt. Gänzlich geheilt erwiesen sich 14,56 pCt. der Controlirten, mit Recidiven erschienen 11,44 pCt. Von diesen 11 Geheilten, die über ein Jahr nach der Operation controlirt werden, sind 6 vor 1—5 Jahren, 4 vor 1—2 Jahren operirt. 3 Fälle davon waren diffuse Larynxinfectionen. S. glaubt unter den nicht zur Controle erschienenen auch noch mehrere Geheilte vermuthen zu sollen. Betrachtet man die Heilungsziffer mit Ausschluss der nicht zur Controle gelangten und der weniger als ein Jahr controlirten, aber mit Einschluss sämmtlicher Gestorbenen, so finden sich 11 Geheilte und 13 Operirte, also in 28 pCt. keine Heilung nach einem Jahr und länger constatirt. Bei 6—15 pCt. treten Recidive auf und 22, d. h. 57 pCt. sind gestorben. Die Methode, welche S. befolgt, wird des Näheren beschrieben. Als etwas Neues ist dem üblichen galvanokaustischen Verfahren hinzugefügt die Anwendung von Luftinsufflation, um die starke Rauchentwickelung beim Arbeiten mit dem Kauter zu vermeiden. Von üblen Zufällen wurden bemerkt Auftreten von Schling- und Würgbewegungen, die exactes Arbeiten und Vermeiden von Nebenverletzungen unmöglich machten. Leichte Cocainintoxication bei einem Fall, in dem unterhalb der Glottis kauterisirt wurde, stärkere Blutung und bedrohliches Emphysem des Mediastinums in der äusseren Haut ohne schädliche Folgen, einige Male Oedem. Die Behandlung sollte im Spital vorgenommen werden. S. glaubt, die Behandlung mit dem Kauter empfehlen zu sollen.

Brünings und Albrecht: Ueber therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose.

Um die Wirkung der in den letzten Jahren therapeutisch vielfach benutzten ultravioletten und Röntgenstrahlen näher zu studiren, haben B. und A. Kaninchen vermittelst Röhrenspatel mit auf Bacillengehalt untersuchten menschlichem Sputum im Kehlkopf inficirt. Ein Theil der Thiere erlag reactiven Schwellungen, Pneumonie oder Miliartuberculose. Die Ueberlebenden wurden am Ende der 2. oder 3. Woche der Bestrahlung unterworfen, die ausnahmslos am laryngotomirten Thiere von aussen vorgenommen wurde. Es war dies deshalb nothwendig, weil eine Bestrahlung auf natürlichem Wege mit exacter Berührung beim Kaninchen schon deshalb ausgeschlossen ist, weil dabei nicht nur die einfallende Bestrahlungsintensität, sondern auch der Einfallswinkel von ausschlaggebender Bedeutung ist. Nach näherer Besprechung der physikalischen Begründung der Actinotherapie kommt Br. zu dem Resultat, dass die Verwendung gewöhnlichen Sonnenlichtes deshalb aussichtslos ist, weil die photo-chemische Intensität in ihr so gering ist, dass erhebliche Tiefenwirkungen nicht zu erwarten sind. Es steht jedenfalls fest, dass alle bekannten photographisch wirksamen Lichtarten an Durchdringungs-

vermögen auch der weichsten Röntgenbestrahlung durchaus nachstehen und dass bei deren zweifellos electiver Wirkung von vornherein günstigere therapeutische Erfolge zu erwarten sind.

Albrecht demonstrirt Bilder der auf genannte Weise inficirten und behandelten Kehlköpfe von Kaninchen. Er kommt zu dem Resultat, dass der Werth der Sonnenlichttherapie im Ganzen gering war. Das Gleiche gilt von der Quarzlampe. Hingegen ergaben die Röntgenstrahlen bedeutend bessere Resultate. Die Heilwirkung war auch bei schweren zum Theil mit Perlsuchtbacillen erzeugten Tuberculosen des Kaninchens deutlich erkennbar.

Brünings: Bemerkung über die Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes (mit Demonstration).

Vortragender stellt mit aller Bestimmtheit den Satz auf, dass noch niemals ein menschlicher Kehlkopf in einer den physikalischen und biologischen Voraussetzungen der Röntgenlehre genügenden Weise bestrahlt wurde. Er will deshalb die bisherigen laryngo-röntgenologischen Versuche einer Kritik unterziehen und stellt als Hauptforderung für eine wirksame Bestrahlung von Krankheitsprocessen in Körperhöhlen folgende Punkte auf: 1. Vorhandensein ausreichender Radio-Sensibilitäts-Differenzen, 2. Focusabstand von höchstens 20 pCt. Differenz, 3. Strahlenqualität von ausreichender Tiefenwirkung, 4. therapeutisch wirksame Dosis. Die Wege, auf denen eine wirksame Bestrahlung des Kehlkopfes erreicht werden kann, sind vierfache.

1. Die Innenröhre. Dieselbe hat die Gefahr schwerer Verbrennung und den Nachtheil, dass die Dosirung höchst unsicher ist, denn Radio-Sensibilitäts-Unterschiede, welche den hier in Betracht kommenden Entfernungsdifferenzen entsprechen, kommen überhaupt nicht vor.

2. Das Princip der Aussenröhre, d. h. diejenige Anordnung, bei der die aussen entstehenden Röntgenstrahlen durch einen eingeführten geraden Tubus in den Kehlkopf projicirt werden, deren Technik und Schwierigkeiten näher ausgeführt werden.

3. Die Percutanbehandlung. Bei dieser kann, da der Absorptionsgrad gewöhnlicher Strahlungen in oberflächere Schichten zu gross ist, eine wirksame Dosis ohne Oberflächenschädigung nicht in die Tiefe erzielt werden. Es bedarf deshalb härterer penetranter Strahlenarten, zu deren Erzeugung man zweckmässig mittelharte Strahlen durch Scheiben filtrirt oder in der Einschaltung grösserer Röhrenabstände. Die Operativbestrahlung endlich spielt practisch keine grosse Rolle.

Br. kommt daher zu dem Resultat, dass das Aussenröhrenverfahren, bei welchem Localisirung und Dosirung streng durchführbar sind, vorzuziehen ist, trotz seiner nicht unerheblichen technischen Schwierigkeiten.

Derselbe: Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie und der directen Kehlkopfoperation.

Um gewissen Schwierigkeiten bei Ausführung der Laryngoskopie zu begegnen, hat Br. einen Gegendruck-Autoskop hergestellt, dessen Vorzüge sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen lassen: 1. Die Autoskopirbarkeit wird sehr ge-

steigert, vielleicht bis 100 pCt. 2. Der grösste Werth ist zu legen auf die Eigenschaft des Gegendruckverfahrens, dass die Erhaltung der Einstellung selbstthätig erfolgt. 3. Die Methode ermöglicht eine beträchtliche Erweiterung des autoskopischen Gesichtsfeldes, weil sich ohne Ueberschreitung des zulässigen Druckes wesentlich dickere Röhren anwenden lassen. Die näheren Ausführungen bedürfen zu ihrer Erläuterung der beigegebenen Zeichnungen.

Derselbe: Demonstration neuer diagnostischer und therapeutischer Hülfsmittel und deren Anwendung.

1. Kopflichtbad. Zurückgreifend auf früher publicirte Mittheilungen betont Br., dass die früher aufgestellten Indicationen der Anwendung des Kopflichtbades bei Nebenhöhleneiterung wesentlich zu erweitern ist. Die früher aufgestellte Hypothese, dass bei der Anwendung des Kopflichtbades durch Erweiterung der Nase die Abflussverhältnisse der Nebenhöhlen verbessert würden, ist nicht mehr haltbar. Man muss vielmehr annehmen, dass die Secretion als solche durch die heftige Hyperämie gesteigert wird.

2. Untersuchungslampe. Br. ist zu dem Resultat gelangt, dass als brauchbarste Lampen anzusehen sind: a) der Auer'sche Glühstrumpf in der Form des hängenden Lichtes, also mit nach unten geschlossenem Strumpf, b) eine geeignete Umarbeitung des Nernstlichtes, deren wichtigster Bestandtheil ein Lichtfilter ist in Gestalt einer kleinen, dicht vor dem Glühkörper angebrachten farbigen Scheibe. Die ungeeignete Form des Nernstlichtes ist durch eine ganz dicht vor dem Brenner angebrachte Mattscheibe aus Opalglas, deren homogene Beleuchtung ein hinter dem Brenner befindlicher Parabolspiegel bewirkt, sehr vollkommen beseitigt.

3. Gummischwamm-Tamponade. Die Gummischwamm-Tamponade, welche Br. zur Nachbehandlung von Nasenoperationen eingeführt hat, hat sich weiter sehr gut bewährt. Seine Anwendung ist auch bei Druckverbänden und bei Dauerdilatationen, laryngealen und trachealen Stenosen mit bestem Erfolge zu verwenden. Er wird in 5proc. Borlösung aufbewahrt und kommt im nassen Zustande zur Verwendung. Zur Sterilisation kommt, da der Schwamm aus öconomischen Rücksichten mehrmals zur Verwendung gelangt, folgendes Verfahren in Anwendung: a) Mechanische Reinigung mit warmem Wasser und Seife. b) Einlegen in 0,1—0,2proc. Sublimatlösung für 3—5 Tage. c) Aufbewahrung in Borlösung. Der Schwamm muss in den Lösungen mehrmals ausgedrückt werden, so dass er vollständig luftfrei wird und untersinkt. Sterilisation in Dampf kann die Sublimatlösung ersetzen, nicht aber die mechanische Reinigung.

4. Demonstration eines neuen Zungenspatels.

5. Eine neue Paraffinspritze. Spritze mit 2 ccm Fassungsvermögen zur Injection eines besonders für die Spritze hergestellten Präparates von 43° Schmelzpunkt. Sie ist ausser bei kosmetischen Operationen vielfach bei atrophischen Katarrhen und Ozaena angewendet worden. Doch wurde bei letzteren Heilung nicht erzielt.

6. Schlingentonsillotom. Die Exstirpation von Gaumenmandeln wird in der Killian'schen Klinik seit Jahren mit der kalten Schlinge ausgeführt, da

das Resultat der Operation gründlicher ist als mit den üblichen Tonsillotomen. Die Schnürkraft der neuen Schlinge, die jetzt seit etwa 2 Jahren in der Killian-schen Klinik im Gebrauch ist und sich sehr gut bewährt hat, ist wesentlich grösser als bei den alten Modellen.

7. Zangengefässe zum Aufbewahren der Brünings'schen Zangen.

8. Feststellröhre. Dieselben bezwecken, das Innenrohr des Br.'schen Bronchoskopes am Aussenrohr zu fixiren. Diese sehr nothwendige Verbesserung ist geglückt durch Zahnung der am Innenrohre zum Verschieben desselben angebrachten Feder.

9. Pinselspritze. Sie besteht aus einer getheilten Recordspritze mit Dreiringengriff, an welche sich gerade und gebogene Watteträger anschrauben lassen. Die Watteträger sind durchbohrt, so dass man der Watte von dem Inhalt der Spritze zuführen kann.

10. Arzneimittelsonde. Dieselbe dient zur Einführung von Arzneimitteln, Cocain etc. in die Speiseröhre und beruht auf demselben Princip wie die Pinselspritze.

11. Dilatations-Oesophagoskop. Rationeller als die Zerkleinerung von Fremdkörpern, welche im Oesophagus sitzen und aus ihm entfernt werden sollen, erscheint die Dilatation der Speiseröhre. Br. hat daher ein Dilatations-Oesophagoskop construirt, bei dem die Dilatation durch einseitige Spreizung des entenschnabelförmigen Rohrendes erfolgt. Der Spreizungsgrad ist auf einer Skala ablesbar. Gegen eine übermässige Dehnung der Speiseröhre sind Sicherheitsmaassregeln im Instrument selbst getroffen.

Discussion zu Brünings: Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie etc.

Edmund Meyer (Berlin) fragt an, ob seitens des Vortragenden die verhältnissmässig leichtere Autoskopirbarkeit festgestellt worden sei. Brünings bestätigt das.

Brünings (Freiburg): Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre sowie deren klinische Verwerthung. (Mit Demonstration.)

Um Aufschlüsse über die Topographie des Bronchialbaumes zu erlangen, injicirte Br. mit Hülfe der Endoskopie eine Metallaufschwemmung mit 30proc. Gelatine versetzt bei einer Temperatur von 60° in die Luftröhre. Es erfolgten dann stereoskopische Aufnahmen nach einem Verfahren, das im Original näher nachzulesen ist. Dieselben wurden demonstrirt durch Anschauen mit Brillen in Complementärfarben (rothgrün), während die stereoskopischen Projections-Diapositive ebenfalls rothgrün gefärbt waren. Auf diese Weise erhält der Zuschauer ein gutes stereoskopisches Bild. Es werden orthostereoskopische Aufnahmen eines Schädels und des Bronchialbaums demonstrirt. Eine weitere Vorrichtung soll dem Uebelstande abhelfen, dass die Befunde innerhalb des Bronchialbaumes, wie sie mit der Endoskopie gewonnen werden, sehr schwer auf die Körperoberfläche zu projiciren sind. Br. hat zu diesem Ende einen Trachographen construirt, der an den Griff seines Elektroskopes angehängt wird. Es gelingt mit diesem, wie an einem

Beispiel gezeigt wird, die gesammte Trachea mit Bifurcation auf die Brustwand aufzutragen und die pathologischen Befunde genau nach ihrer Lage festzustellen. Wichtiger noch sind Feststellungen bestimmter Bronchialstellen, wenn es sich darum handelt, Lungenfremdkörper festzustellen oder die Localisation von Lungenabscessen, Bronchiectasien, Fisteln etc. für einen Eingriff von aussen genau zu localisiren. Br. verspricht sich von der weiteren Ausführung dieser Versuche grosse Vortheile für die Lungenchirurgie.

Edmund Meyer (Berlin): Klinische Erfahrungen beim erschwerten Decanulement.

Vortragender unterscheidet hauptsächlich zwei Gruppen von Fällen, bei denen das Decanulement erschwert ist: 1. diejenigen, in denen die Entfernung der Canüle durch die Tracheotomie und ihre Folgen verhindert wird; 2. solche, bei denen die ursprüngliche Erkrankung selbst bleibende Veränderungen im Luftrohr gesetzt hat, die die Entfernung der Canüle auf die Dauer unmöglich machen. In Bezug auf den Ort der Tracheotomie, ob obere oder untere, kommt es weniger auf das Wo, als auf das Wie an. Ist man gezwungen, um jeden Preis die Luftröhre schleunigst zu eröffnen, so kommt es leicht später zu Complicationen. Besonders ungünstig ist die Durchscheidung des Ringknorpels. Auch die Form der Canülen ist von grosser Bedeutung. M. konnte in seinen Fällen bei genauer Untersuchung ausnahmslos organische Veränderungen ausfindig machen. Bei der Behandlung kommt in Betracht die Intubation, die vielfach gute Erfolge giebt, besonders haben sich die mit Alaun-Gelatine überzogenen Tuben bewährt. Bei Verletzung des Ringknorpels ist unter Umständen tiefe Tracheotomie angezeigt, ehe man zur Intubation schreitet. Schornsteincanülen haben niemals Nennenswerthes geleistet, während Hartgummi-Bougies oder Zinnbolzen das Hinderniss beseitigen konnten. Bei Narbenbildung hat Erweiterung der Trachealwunde mit Entfernung der Narbe von der Wunde aus zu vollem Erfolge geführt. Allerdings ist anschliessendes Dilatationsverfahren nöthig. Laryngofissur wurde nur einmal gemacht. Vollständige Heilung unter Intubationsbehandlung.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) tritt für Gebrauch der Glascanülen ein. Die Spaltung der Trachea und des Larynx muss allerdings ziemlich ausgiebig erfolgen. Gummischläuche erfordern eine weniger grosse Oeffnung. K. hat sie in letzter Zeit mit Regenmantelstoff umkleben und umnähen lassen, dessen freie Enden als Canülenbänder dienen.

Mann (Dresden) berichtet von einem zur Zeit in Behandlung befindlichen Falle.

Ehrenfried (Kattowitz) sah einen Fall bei einem Kinde, wo das Decanulement unmöglich war, weil eine Erschlaffung und Vorwölbung der hinteren Trachealwand stattgefunden hat.

Killian (Freiburg) weist ebenfalls auf die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung hin. Bei kleinen Kindern tritt nach Spaltung des Ringknorpels in der Regel eine schwer zu beseitigende subglottische Schwellung ein. In solchen Fällen muss sehr langsam vorgegangen werden. Am geeignetsten erscheinen weiche

Gummiröhren in T-förmiger Gestalt von passender Dicke. Bei stärkeren Narbenstenosen und Verwachsungen wird am besten Laryngofissur ausgeführt. Zur Nachbehandlung eignen sich Gummiröhrchen. In neuerer Zeit hat K. die Einlage von Gummischwammstreifen versucht, die sich anscheinend gut bewähren. Die Stenosen, welche am unteren Ende der Canüle durch langes Tragen derselben hervorgerufen werden, behandelt er am besten durch Gummischlauchcanülen.

Wiebe (Dresden) empfiehlt bei liegender Canüle die geknüpften elastischen Harnröhrenbougies. Er weist darauf hin, dass die Decubitalgeschwüre, welche er beobachtete, fast alle auf der linken Seite gelegen waren.

Denker (Erlangen) empfiehlt die Killian'schen Canülen aus Gummi. Mit Mikulicz'schen T-Canülen aus Glas hat er weniger gute Erfahrungen gemacht.

Henrici (Aachen): Gastroskopie.

Ihr muss eine genaue Untersuchung des Körpers, Herz (Aorta) und eine Sondirung der Speiseröhre vorausgehen, ferner eine gründliche Ausspülung des Magens. Das Spülwasser muss vollkommen entleert werden. Patient erhielt vorher 0,01 Morphium, Pinselung der Rachenwände und der Gegend hinter dem Ringknorpel mit Cocain-Adrenalin wie bei Oesophagoskopie. H. führt das halbstarre Rohr zunächst auf dem Untersuchungstisch in sitzender Stellung ein, später horizontale Lage. In dieser wird das starre Rohr langsam nachgeschoben, bis es sicher den Ringknorpel passirt hat. Entfernung des Mandrins, Aufsetzen des Kopfstückes mit Gebläse und Einführung des optischen Rohres. Dieses geht leicht durch den starren Theil. Weiterhin muss der Widerstand durch kleine vorsichtige Bewegungen überwunden werden. Die schwierigste Stelle ist die des Durchtritts durch das Zwerchfell. Das Bild, welches man nach Einführung in den Magen erhält, ist ein Spiegelbild. Der stets klaffende Pylorus fällt als rundlich ovales, schwarzes Loch auf, seine Umrahmung als mehr oder weniger gewulstete, röthlich schimmernde Magenschleimhaut. Fast alle Partien bis auf den oberen Theil des Fundus und ein kleiner der grossen Curvatur sind sichtbar. Bei der noch unsicheren Indication der Gastroskopie ist Vorsicht geboten. Besonders in Bezug auf das Einführen durch die Speiseröhre. Die Gefahr, dass der Magen durch Lufteinblasen überdehnt werde, ist weniger gross. Von 7 Fällen, die H. gastroskopisch untersucht hat, sind 5 diagnostisch zu verwerthen. Sie wurden ausgeführt vorwiegend wegen Verdachtes auf Carcinom. In 4 Fällen war das Resultat negativ, in dem 5. war deutlich ein Magentumor durch die schlaffen Bauchdecken zu fühlen. Doch war kein gastroskopisches Bild zu erhalten, da die Luft wahrscheinlich infolge der Veränderung der Magenwände durch den Tumor sofort in den Darm abfloss. Ein Urtheil über den Werth der Gastroskopie ist vorläufig noch nicht abzuschliessen, doch ist anzunehmen, dass die Methode in einzelnen Fällen ein rechtzeitiges chirurgisches Eingreifen ermöglicht.

Discussion: Brünings (Freiburg) hat auch mit dem Löning'schen Instrument gearbeitet. Er hält dessen Aenderung des Rosenheim'schen Instrumentariums nicht für sehr glücklich. Er ist mehr für directe Einführung eines starren Instrumentes.

Walter Hänel (Dresden): Demonstration eines schwenkbaren Spucknapfes mit selbstthätiger Wasserspülung.

Joh. Fein (Wien): Demonstration eines Adenotoms mit rechtwinkelig lateraler Abbiegung des Ringmessers.

H. Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung und Behandlung functioneller Stimmstörungen.

Die functionellen Stimmstörungen sind nur dann einer systematischen Behandlung zugängig, wenn eine genaue Untersuchung der functionellen Störung vorangegangen ist, selbstverständlich neben der Erhebung des Localbefundes. Die functionelle Prüfung hat sich besonders in drei Richtungen zu bewegen: 1. Untersuchung der Athmungsfunction beim Sprechen und Singen; 2. Untersuchung der Stimme und 3. Untersuchung der Articulation. Was die Athmung betrifft, so ist die Aufnahme von Athemcurven durchaus nothwendig, da sie die verschiedenen vorhandenen Störungen aufdeckt. Bei Untersuchung der Stimmfunction ist der Umfang der Stimme, Stimmlage und Registervertheilung zu prüfen. Besonders muss auf Tonlücken geachtet werden. Die Feststellung der Genauigkeit der Stimme kann bei gröberen Störungen mit dem Ohr geschehen, bei feineren Abweichungen ist eine exacte graphische Prüfung angebracht. G. bedient sich dazu des Fehltonschreibers. Von vielleicht noch grösserer Bedeutung ist die Feststellung der Intensitätsschwankung bei an und für sich richtig gehaltener Tonhöhe. Die Messung der absoluten Stimmintensität begegnet grossen Schwierigkeiten. Für practische Zwecke genügt die Feststellung der relativen. Diese hat Vortragender so angestellt, dass er unter gleichbleibenden Bedingungen der Stimmbildung (Tonhöhe und Klang) den Luftverbrauch vermittelst des Gutzmann-Wethlo'schen Athmungsvolumenmessers gemessen hat. Er demonstrirt Kurven, die beweisen, dass die Schwankungen der Stimmintensität durch sein Verfahren genau festgestellt werden können. Was die Athmung anbetrifft, so erfordern bei der Behandlung functioneller Stimmstörungen diejenigen Fälle eine besondere Aufmerksamkeit, bei denen bei der einfachen Athmungsgymnastik nichts zur Correctur der fehlerhaften Athmungsbewegungen führt. In solchen Fällen leisten mechanische Athmungsübungen, die passiv an dem Patienten ausgeführt werden, bemerkenswerthe Hülfe. G. bedient sich dabei seit Jahren des von Brat angegebenen Druckdifferenzverfahrens. Auf die Stimmgebung bei functionellen Stimmstörungen wirkt es vorwiegend durch Uebertragung von Stimmgabelvibrationen ein. Um dem Uebelstande, dass die Stimmgabel zu schnell abklingt, zu begegnen, hat G. sich elektrisch betriebene Stimmgabeln bauen lassen, die ihre Vibration auf eine kleine im Kehlkopf zu befestigende Pelotte übertragen. Diese ausserordentlich sinnreiche Einrichtung ermöglicht es, dass der Patient neben seinem Ohr eine zweite Controle seiner Stimme erhält, nämlich den Tastsinn. Zum Schluss weist G. noch darauf hin, dass die von den Laryngologen vielfach bei functionellen Stimmstörungen verordnete Schweigecur nur dann von Erfolg sein kann, wenn sich an sie eine systematische Unterweisung der richtigen Athmungs-, Stimm- und Articulationsfunction anschliesst. Ferner wird die Wichtigkeit anderer allgemeiner Hülfsmittel, wie Ortsveränderungen etc., hervorgehoben.

Discussion:

Schilling (Freiburg) demonstrirt die Sprechathmungskurve eines Kranken-

mit apoplektischer Bulbärparalyse, an der deutlich zu sehen ist, dass auch bei organischen Sprachstörungen durch die optische Controle und das Gefühl des Kranken eine Besserung zu erzielen möglich ist.

Winkler (Bremen) weist auf die Vorzüge der allgemeinen Behandlung bei diesen Erkrankungen hin. Er fragt an, ob bei functionellen Stimmstörungen während der Behandlungsdauer Gesangsübungen ausgesetzt werden sollen.

Gutzmann (Berlin) möchte hierfür eine allgemein gültige Regel nicht aufstellen, hält es aber im Allgemeinen richtiger, jegliche Uebung der Stimme ausserhalb der Uebungstherapie zu unterlassen.

---

### c) Rhino-laryngologische Section des Budapester Königl. Aerztevereins.

II. Sitzung vom 10. März 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Fall von Kehlkopflupus.

Heiserkeit seit 6 Jahren, Narben und Knötchen am Kehldeckel, Infiltration der Aryfalten und der Taschenbänder. Die Tuberculinreaction war sehr intensiv. Lungen gesund. B. hält den Fall für einen primären Kehlkopflupus.

Discussion:

v. Irsay hält den Kehlkopfprocess nicht für primär, da auch Hautveränderungen vorhanden sind.

Baumgarten: Die Hautveränderungen haben sich später gemeldet.

2. E. Baumgarten: Fall von Nasenlupus.

Es handelte sich um ein Lupusrecidiv.

3. A. v. Irsay: Polypus tonsillae.

4. A. Lipscher: Skleromatöse Kehlkopfstenose.

Bereits vor 5 Jahren wurde die Tracheotomie gemacht und nachträglich Dilatation durch Intubation angewendet. Seither haben sich auch schwere Nasen- und Rachenveränderungen gebildet. Der infiltrirte Kehldeckel liegt dem Kehlkopfeingange dicht an, die Intubation kann deshalb nicht ausgeführt werden. Es wird auf endolaryngealem Wege Raum geschaffen, um die Dilatation ausführen zu können.

Discussion:

v. Irsay schlägt vor, vor den Dilatationen Injectionen mit Fibrolysin anzuwenden.

v. Navratil sen. möchte v. Irsay's Vorschlag annehmen, wenn das Sklerom intralaryngeal läge; hier übt aber das Sklerom des Kehldeckels einen Druck auf den Kehlkopfeingang aus, und es ist zu fürchten, dass die Schwellung nach Fibrolysin die Einführung der Tuben erschweren wird.

Baumgarten: Das Curettement ist nach Fibrolysininjectionen leichter ausführbar.

5. A. Lipscher: Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen.

Im ersten Falle ging der Polyp von der mittleren Muschel aus; im zweiten

Falle ist der Polyp bei einem Moribunden constatirt worden. Bei der Section fand man, dass die Kieferhöhle zwei natürliche Oeffnungen hatte, durch welche die Polypen mit langem Stiel in die Nase hineinwuchsen.

A. v. Irsay und Z. Donogány sind der Meinung, dass diese Geschwülste aus der Nasenhöhle hervorgehen.

6. v. Navratil jun.: Fall von Nasenstein.

Patient war 72 Jahre alt, der Stein wog 6,75 g, war 3,2×2,3 cm gross und wurde endonasal nach Compression entfernt. Vortr. ist der Meinung, dass die Nasensteine stets von solcher Zusammensetzung sind, dass sie durch Zerstückelung und Zerquetschung leicht entfernt werden können.

Discussion: Donogány ist auch der Meinung, dass die externe Operation überflüssig ist.

v. Navratil.

---

**d) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.**

Sitzung vom 29. Februar 1909.

Vorsitzender: A. Strömberg.

N. Arnoldson berichtet über einen Fall von Hyperkeratosis laryngis bei einem 60jährigen Mann; die weissen, harten Massen gingen vom linken Stimmband aus und wurden mit der Cürette entfernt; das mikroskopische Präparat zeigte typische Hornbildung.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Cancer pharyngo-laryngis; der 40jährige Mann war wegen Heiserkeit und Schluckbeschwerden seit 6 Wochen anderswo local und mit Jodkali behandelt worden. Die Untersuchung zeigte einen ulcerirten Tumor, der den ganzen Introitus laryngis umfassend tief in die Pharynxwand und Basis linguae mit Abstossung der entsprechenden Epiglottishälfte sich erstreckte; die Probeexcision zeigte Cancer.

G. Holmgren zeigte einen Fall von congenitaler Plicabildung in dem oberen Rande der beiden Choanen bei einem Manne.

N. Arnoldson demonstrirte zwei Fälle von operirter Pansinusitis; bei einer 30jährigen Frau war das Siebbein endonasal ausgeräumt, die Kieferhöhle endonasal trepanirt nach Resection der vorderen Hälfte der unteren Muschel, das Ostium sphenoidale erweitert und die Stirnhöhle nach Killian operirt worden; subjective Beschwerden (Kopfschmerzen) vollständig verschwunden; mit Ausnahme von unbedeutender Secretion der Kieferhöhle war der Erfolg objectiv tadellos. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, die an doppelseitiger, acuter Pansinusitis mit Perforation des Margo supraorbital. sin. mit Orbitalödem (Exophthalmus, Chemosis und Diplopie) litt. Sämmtliche Nebenhöhlen wurden von aussen eröffnet und die beiden Siebbeinlabyrinthe ausgeräumt; Heilung in 3 Wochen.

G. Holmgren sprach über die Radicaloperation des chronischen Stirnhöhlenempyems nach Killian und Ritter aus Anlass dreier eigener Fälle, von denen zwei demonstrirt wurden.

E. Stangenberg zeigte einen Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung, mit gutem Erfolge nach Killian operirt.

E. Weinberg berichtet über einen Fall von congenitaler Lues mit eigenthümlichen nasalen Veränderungen.

G. Holmgren referirte über einen Fall von Fibroma laryngis polyposum bei einem 35jährigen Manne und zeigte mikroskopische Schnitte davon; der Tumor ging von der Grenze zwischen dem Stimmband und Ventriculi Morgagni aus.

G. Holmgren zeigt einen Speichelstein vom Ductus submaxillaris bei einem 70jährigen Mann.

V. Rosen und G. Holmgren berichteten über einen Fall von Fremdkörper (Kern einer Zwetsche) in der Trachea bei einem 8jährigen Mädchen, der $3^1/_2$ Tage nach der Aspiration durch das Bronchoskop entfernt wurde.

E. Stangenberg.

---

# IV. Briefkasten.

## Personalnachricht.

Unser Mitarbeiter, Dr. J. Katzenstein, ist von der medicinischen Facultät der Universität Berlin als Privatdocent für Laryngologie zugelassen worden.

---

## Das goldene Doctorjubiläum Bernhard Fränkel's.

Die 50. Wiederkehr des Tages, an dem er auf Grund seiner Dissertation: „Nonnulla de perityphlitide cum viso reperto“ den Doctorhut erwarb, brachte für Bernhard Fränkel eine Fülle von Ehren und Sympathiebezeugungen. Körperschaften und Behörden, Schüler, Freunde und Patienten wetteiferten darin, dem Jubilar ihre Anerkennung, Verehrung und Dankbarkeit auszudrücken.

Ganz früh am Tage bereits erschien im Auftrage des durch dringende Amtsgeschäfte persönlich verhinderten Kultusministers Ministerialdirector Naumann in Begleitung des Geheimrath Elster, um dem Jubilar die Glückwünsche seiner vorgesetzten Behörde zu überbringen. Im Verlauf seiner Ansprache gab der Ministerialdirector eine Zusicherung, die wohl das schönste Geschenk war, das an diesem Tage dem unermüdlichen Vorkämpfer für die Selbstständigkeit der Laryngologie gemacht werden konnte. Er rühmte es nämlich als Fränkel's Verdienst, die Laryngologie zu einem selbstständigen Lehrfach gemacht zu haben, und fuhr dann ungefähr wörtlich fort: „Was an mir liegt, soll geschehen, um der Laryngologie bei uns ihre Selbstständigkeit zu erhalten, wenn auch einmal an einer kleinen Universität aus äusseren Gründen eine Personalunion eingegangen werden muss“. Am Schluss der Ansprache überreichte der Ministerialdirector dem Jubilar die ihm vom Kaiser verliehene Auszeichnung: den rothen Adlerorden II. Klasse mit der Jahreszahl 50. Auch die Kaiserin liess durch ihren Kammerherrn von dem Knesebeck ihre Glückwünsche aussprechen.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft liess durch eine Deputation ihres Vorstandes, geführt von Paul Heymann, eine Adresse überreichen und die Verleihung der höchsten Würde ankündigen, die sie zu vergeben im Stande ist, des Ehrenpräsidiums.

Für die Berliner Medicinische Gesellschaft und den Verein für innere Medicin, die beide Fränkel unter ihre Ehrenmitglieder zählen, erschienen deren derzeitige Vorsitzende Orth resp. Kraus. Die Glückwünsche des wissenschaftlichen Senats der Universität Berlin überbrachte in Abwesenheit des Rectors Prof. Stumpf. Sodann erschien der Decan der medicinischen Facultät, Oscar Hertwig, und überreichte das erneuerte Doctordiplom.

Die umfassende und segensreiche Thätigkeit, die Fränkel im Kampf gegen die Tuberculose als Volkskrankheit entwickelt, wurde rühmend hervorgehoben von den Deputationen der „Internationalen Vereinigung gegen die Tuberculose“ und des „Deutschen Centralcomités zur Bekämpfung der Tuberculose“.

Unzählige kostbare Blumenarrangements trafen fortwährend ein und erfüllten schliesslich die ganze Wohnung. Die Zahl der eingelaufenen Glückwunschdepeschen betrug viele hunderte.

Allerseits wurde die Frische und unverwüstliche Munterkeit bewundert, womit der Jubilar, der es sich nicht hatte nehmen lassen, auch an diesem Tage seiner Pflicht als akademischer Lehrer zu genügen, und, von stürmischem Beifall seiner Hörer begrüsst, seine klinische Vorlesung gehalten hatte, bis tief in die Nacht hinein den Anforderungen dieses an Beweisen der Verehrung und Liebe, aber auch an Strapazen so reichen Tages standhielt. G. F.

---

## Carlo Labus †.

Die italienischen Laryngologen beklagen das Hinscheiden ihres Nestor. Carlo Labus, der in Mailand an einer acuten Perityphlitis gestorben ist, war der erste und blieb Jahre lang der einzige in Italien, der mit der Laryngoskopie vertraut war. Im Jahre 1876 wurde auf sein Betreiben eine laryngologische Section beim Congresso medico nazionale eingerichtet und wenige Jahre später übernahm er die Leitung des Ambulatoriums für Halskranke am Ospedale maggiore in Mailand.

Im Jahre 1870 trat auf Labus' Initiative der erste Internationale Congress für Laryngologie in Mailand zusammen, dessen Vorsitz ihm übertragen wurde und von dessen ernster und erfolgreicher Arbeit der stattliche Band mit den Verhandlungsberichten Zeugniss ablegt.

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, September. 1909. No. 9.

## I. Referate.

### a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. A. Coolidge. Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. April 1908.*

Es werden besprochen: die Function der Tonsillen, Tonsillectomie; Aetiologie des Erysipel; der congenitale Kehlkopfstridor; die Thymusdrüse und die Bronchoskopie.

EMIL MAYER.

2) **Svante Arrhenius** (Stockholm). **Immunochemie. Anwendungen der physikalischen Chemie auf die Lehre von den physiologischen Antikörpern.** (Uebersetzung von A. Finkelstein.) *Leipzig, Academ. Verlagsges. 1907.*

Ueber die Beziehungen der Toxine und die Antitoxine sind zwischen Arrhenius und Ehrlich Streitfragen entstanden, die hauptsächlich darin gipfeln, dass Ehrlich hierfür physiologische Erklärungen giebt, während ersterer zeigen will, dass die Gesetze der physikalischen Chemie auch auf die Reaction der verschiedenen bei der Immunisirung entstehenden Substanzen angewendet werden können. Das Buch giebt eine gute Uebersicht über die Untersuchungen und Anschauungen des bekannten Forschers, welche uns durch die Uebersetzung von Finkelstein zugänglich geworden sind.

SEIFERT.

3) **R. W. Allen. Die allgemeine Erkältung; ihre Pathologie und Behandlung. (The common cold; its pathology and treatment.)** *Lancet. 28. November und 5. December 1908.*

Eine sehr interessante Arbeit, deren Lectüre anzuempfehlen ist. Verf. definirt eine Erkältung als „eine locale Entzündung irgend eines Theiles des Respirationstractus, von der Mundhöhle und dem Naseneingang bis zur Bifurcation der Bronchien, nebst den dazu gehörigen Nebenhöhlen". Die Hauptpunkte sind folgende:

1. Es giebt fünf Organismen, die im Stande sind, einen acuten Nasenkatarrh hervorzubringen: der Influenzabacillus, der Bacillus septus, der Friedländer'sche Bacillus, der Micrococcus catarrhalis, der Micrococcus paratetragenus.





2. Diese Organismen können bei einem gewissen Procentsatz von solchen Fällen sich finden, die keine pathologischen Erscheinungen darbieten; vermehrte Virulenz und verminderte Gewebsresistenz können ihre Activität anfachen.

3. Jeder Organismus bringt seinen besonderen Typus von Erkältung hervor und eine Differentialdiagnose ist aus einer Betrachtung der klinischen Erscheinungen möglich. Dies ist schwieriger, wenn es sich um eine multiple Infection handelt.

4. Die differentielle Diagnose ist von erheblichem Werth sowohl für Prognose wie Behandlung.

5. Chronischer Nasenkatarrh ist wahrscheinlich stets auf Infection durch den Friedländer'schen Bacillus zurückzuführen; chronischer Trachealkatarrh durch den Micrococcus cartarrhalis oder Micrococcus paratetragenus, wozu dann noch secundäre Infection mit Staphylokokken, Streptokokken und anderen pathogenen Mikroorganismen hinzukommen kann.

6. Für die Infection ist wahrscheinlich localer Mangel an Opsoninen und für die Heilung eine Zunahme der Opsonine nothwendige Bedingung.

7. Durch Injectionen der entsprechenden bakteriellen Vaccine kann eine durch irgend welchen Organismus hervorgerufene Erkältung erheblich abgekürzt und wahrscheinlich Complicationen vorgebeugt werden.

8. In ähnlicher Weise können chronische Infectionen zur Heilung kommen.

9. Durch Injectionen der Vaccine der verschiedenen Organismen, die in geeigneten Dosen und Zeiträumen injicirt werden, kann eine Immunität gegen künftige Erkältungen bewirkt werden. Bei Individuen, die sehr anfällig sind und bei jeder Epidemie erkranken, besteht das beste Mittel darin, sie in 4—6monatigen Intervallen gegen alle „Erkältungsorganismen" oder gegen die für die betreffenden Epidemien in Frage kommenden Organismen zu immunisiren.

ADOLPH BRONNER.

4) **David C. Hilton. Die mechanischen Factoren bei der Erkältung und ihre therapeutischen Deutungen. (The mechanical factors in cold taking and their therapeutic interpretations.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Der Mechanismus besteht darin, dass bei gleichzeitiger Verlegung beider Nasenhälften während des Inspirationsactes momentan ein negativer Druck nächst der Verlegungsstelle entsteht. Die rhythmische Wiederkehr dieser Luftverdünnung hat zur Folge: Passive Hyperämie, Schwellung der Weichtheile und Hyperplasie, was zu weiterer Verlegung und gesteigerter Prädisposition für Erkältungen führt.

Die Therapie muss darauf bedacht sein, die Durchgängigkeit der Nase wieder herzustellen. Verf. lässt die verschiedenen diesem Zweck dienenden Methoden Revue passiren.

EMIL MAYER.

5) **Robert Curtis Brown. Einige Factoren in der Aetiologie der allgemeinen Erkältung. (Some factors in the etiology of a common cold.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Verf. sieht das wesentliche Moment für die Entstehung einer Erkältung in

vasomotorischen Vorgängen; den Mikroorganismen weist er dabei nur eine secundäre Rolle zu.

LEFFERTS.

6) **George W. Stiles. Influenza; ihre Diagnose vom morphologischen Standpunkt in gefärbten Sputumpräparaten. (Influenza; its diagnosis from a morphological standpoint in stained specimens of sputum.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

St. kommt auf Grund von 100 Beobachtungen zu dem Schluss, dass mikroskopische Sputumuntersuchungen in den Fällen, die allgemeine respiratorische Symptome zeigen, durchaus nothwendig sind, da durch diese erst die Diagnose sicher gestellt werde.

LEFFERTS.

7) **James W. Dumm. Die Grippe und ihre Complicationen. (La Grippe and its complications.)** *Illinois Medical Journal. März 1909.*

Als diagnsotisches Zeichen für Grippe bezeichnet Verf. das Vorhandensein eines rothen Streifens auf der Vorderfläche des weichen Gaumens, ungefähr von der Form eines Regenbogens, der durch die Basis der Uvula unterbrochen wird. Es besteht eine körnige Beschaffenheit des weichen Gaumens; die Körnchen springen als kleine weissliche Hervorragungen hervor. Es besteht auch Schwellung der Zungenpapillen, besonders an der Spitze.

EMIL MAYER.

8) **Henry Glover Langworthy. Halskrankheiten bei Kindern. (Throat diseases in children.)** *Illinois Medical Journal. März 1909.*

Verf. bespricht — abgesehen von den exanthematischen Krankheiten — folgende Halsaffectionen: Rhinitis, Adenoide, acute Pharyngitis, Retropharyngealabscess und Peritonsillarabscess.

EMIL MAYER

9) **R. E. Humphrey. Klinische Beobachtungen und Sectionsbefunde beim Status lymphaticus. (Clinical and post mortem observations on the status lymphaticus.)** *Lancet. 26. December 1908.*

Bericht über 5 Fälle mit Sectionsergebniss. Ein Kind starb während der Entfernung der Tonsillen unter Chloroform. Zwei waren congenitale Imbecille; zwei litten an epileptischen Anfällen. Alle starben plötzlich. Verf. glaubt nicht, dass Aethylchlorid in geeigneter Form der Anwendung gefährlicher sei, als andere Anaesthetica.

ADOLPH BRONNER.

10) **John Macintyre** (Glasgow). **Neue Methoden zur Untersuchung von Nase und Hals. (Recent methods of examination of the nose and throat.)** *Glasgow Medical Journal. März 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Verbesserung, die allmählich in der Technik der Untersuchung der oberen Luftwege Platz gegriffen hat. Die Arbeit kann als werthvoller historischer Beitrag gelten.

A. LOGAN TURNER.

11) **v. Dungern** und **Werner** (Heidelberg). **Das Wesen der bösartigen Geschwülste.** *Leipzig, Medicinische Verlagsanstalt. 1907.*

Die biologische Studie stammt aus dem Institute für Krebsforschung in Heidelberg; sie bringt eine Zusammenstellung alles dessen, was man über das

Wesen der Tumoren, besonders der malignen, weiss. Von besonderem Interesse sind die Ansichten, welche die Verff. selbst über das Wesen und die Ursache der malignen Geschwülste sich gebildet haben. Bei der grossen Bedeutung, welche auch auf rhino-laryngologischem Gebiete den bösartigen Geschwülsten zukommt, werden auch die Fachgenossen mit dem Studium der wichtigen Ausführungen der Verff. sich zu befassen haben.

SEIFERT.

12) **E. S. Tudd. Die Behandlung von Carcinom des Gesichts, Kopf und Hals. (The treatment of cancer of the face, head and neck.)** *The St. Paul Medical Journal. März 1909.*

Verf. hält besonders bei den Carcinomen der Mundhöhle eine Operation in zwei Zeiten für vortheilhaft, wobei in der ersten Sitzung die Drüsen ausgeräumt und in der zweiten das Carcinom entfernt wird. Auf diese Weise wird der Shock verringert und die Gefahr vermieden, dass die freigelegten Gewebe am Halse der Infection von der Mundhöhle aus ausgesetzt werden.

EMIL MAYER.

13) **de Keating-Hart** (Marseille). **Behandlung des Krebses mittelst Fulguration.** (Uebersetzung von Dr. C. Schünemann, Leipzig.) *Academ. Verlagsgesellsch. Leipzig 1908.*

Die Fulguration (ursprünglich vom Autor als Sidération bezeichnet) ist eine elektro-chirurgische Methode der Krebsbehandlung, die nach ihrem ersten Bekanntwerden auch in Deutschland mannigfach nachgeprüft wurde. Nach dieser Methode, die näher beschrieben wird, sind eine Reihe von Krebsfällen mit theilweise überraschendem gutem Erfolge behandelt worden, wie die durch Abbildungen illustrirten Krankengeschichten erweisen. Ueber Dauererfolge scheint Keating-Hart noch nicht zu einem Urtheil gelangt zu sein.

SEIFERT.

14) **Neideck** (Limbach). **Das Ergebniss der Behandlung einer kleinen Geschwulst, vermuthlich eines minimalen Hautkrebses, mit Röntgenstrahlen.** *Med. Klinik. 23. 1909.*

Es scheint, dass der Autor die tiefgehenden Zerstörungen der äusseren Nase der häufigen Röntgenbestrahlung zuzuschreiben geneigt ist.

SEIFERT.

15) **Th. Gluck. Vorschläge und casuistischer Beitrag zur Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete Bd. I. Heft 6. 1909.*

Der um die Laryngochirurgie verdiente Chirurg wahrt zunächst mit Recht seine unbestreitbare Priorität in der Frage der Laryngostomie bei laryngealen und laryngotrachealen Stenosen. Sodann theilt Verf. einen Fall mit, bei welchem ein ausgedehnter nekrotischer Knorpelprocess am Larynx nach totaler Laryngofissur mit consecutiver Sequestrotomie zur Mittheilung kam. Verf. betont, dass viele ähnliche Fälle von Perichondritis laryngea mit Nekrose und Oedem an Stelle der Tracheotomie und Incision vorhandener Infiltrationen besser mit probatorischer totaler Laryngofissur behandelt werden. Dieser Modus procedendi giebt die beste Aussicht, den Krankheitsherd freizulegen und ihn nach allgemein chirurgischen Principien zu eliminiren. Zum Schluss berichtet Gluck noch über eine mit Erfolg

wegen Carcinom ausgeführte Resection der oberen Luft- und Speisewege. Der Fall betrifft wohl die ausgedehnteste Operation, welche je im Bereich dieser Organe vorgenommen wurde. OPPIKOFER.

16) Henry H. Pelton. **Die Vermeidung von Blutungen während Operationen an Nase und Hals. (The prevention of hemorrhage during operations upon the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Ref. meint, die innerliche Darreichung von Calciumlactat in kleinen Dosen 24—48 Stunden vor der Operation sei eines Versuches Werth: aus den wenigen Fällen, die er mittheilt, scheint hervorzugehen, dass die Neigung zu Blutungen dadurch herabgesetzt wird. LEFFERTS.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

17) Jurasz. **Ueber die physiologische Thätigkeit der Nasenhöhlen als Respirationstractus. (O fizyologicznej czynnosci jam nosowych jako przewodu oddechowejo.)** *Tygodnik Lekarski. No. 1. 1909.*

Verf. bespricht eingehend die physiologische Wirkung der Nasenhöhlen im Verhältniss zur eingeathmeten Luft und zwar:

1. in Hinsicht der Erwärmung der Luft durch die Nasenhöhlen,
2. Sättigung durch Dampf,
3. Reinigung der Luft von Staub und Fremdkörpern,
4. Entfernung und Verhütung von gefährlichen Gasen, welche der Luft beigemischt sind.

Am Schlusse dieser fesselnden Betrachtungen bemerkt Verfasser, dass der Rhinologe das Princip befolgen soll, womöglich die Nasenorgane bei verschiedenen therapeutischen und chirurgischen Eingriffen zu schonen. A. v. SOKOLOWSKI.

18) A. Kuttner (Berlin). **Die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase und das Röntgenverfahren. Entgegnung auf den Aufsatz des Herrn Dr. J. Herzfeld.**

19) J. Herzfeld (Berlin). **Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatze des Herrn Prof. A. Kuttner.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 2. S. 346 u. 650. 1909.*

Kuttner vertritt den Standpunkt, dass H. den Werth des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen zu gering taxire.

Herzfeld dagegen glaubt, dass K. den Werth der X-Strahlen überschätzt. Das Röntgenbild führt leicht zu irrigen Schlüssen, und es soll deshalb in allen Fällen stets die klinische Untersuchung entscheiden. OPPIKOFER.

20) J. van der Hoeve (Utrecht). **Erkrankung des Gesichtsnerven bei Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Ziekte van de gezichtszenuw bij ontsteking der neusbijholten.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1089. 1909.*

Verf. betont die Bedeutung der Gesichtsfelduntersuchung bei rhinogenen Opticusneuritiden. Birch-Hirschfeld und Paunz beschreiben ein absolutes

und ıelatives Skotom als initiales Symptom. Oft fehlen Nasenbeschwerden vollständig.

Verf. theilt die ausführliche Krankengeschichte eines 24jährigen Patienten mit, dessen beide Augen im Mai noch gut functionirten. Im December wurde zufällig entdeckt, dass das linke Auge schlecht sah. Gesichtsschärfe $^3/_{60}$ bei excentrischer Fixation; Schmiercur, Salicylcur ohne Erfolg. Dann wurde Professor Snellen jr. consultirt, der bei Exclusion sonstiger Momente die Wahrscheinlichkeitsdiagnose rhinogener retrobulbärer Neuritis feststellte. Die Nase wurde am 27. Januar von Quix untersucht, der Schwellung der linken mittleren Muschel und schleimiges Secret in der linken Riechspalte feststellte. Die Gesichtsschärfe war links $^3/_{60}$ excentrisch, rechts gut $^1/_2$. Auf dem linken Auge centrales Skotom für sämmtliche Farben, welches den blinden Fleck einschliesst. Am rechten Auge kein centrales Skotom; der blinde Fleck ist für weiss normal, zeigt sich aber für grün, blau, roth und gelb um das Zweifache vergrössert. Am selben Tage wird nach Conchotomia media die Keilbeinhöhle und die hintere Siebbeinzelle links eröffnet und die ödematöse Schleimhaut so viel wie möglich abgetragen. In der Siebbeinzelle ein wenig Schleimeiter. Das linke Auge zeigt p. o. nur wenig Besserung; die Gesichtsschärfe hebt sich von $^3/_{60}$ auf $^4/_{60}$; Skotome unverändert. Die Erkrankung am rechten Auge schreitet aber fort; das Skotom am blinden Fleck vergrössert sich, es entsteht ein centrales Skotom; die Gesichtsschärfe sinkt auf $^1/_6$ herab (1. Februar). Am 2. Februar wird auch die rechte Keilbeinhöhle eröffnet; die Schleimhaut ist verdickt; kein Eiter. Nasenspülungen und Mentholinhalationen. Am 3. Februar sind die bis dahin unverändert gebliebenen Skotome links plötzlich bedeutend kleiner geworden. Vom 4. Februar nehmen auch die rechtsseitigen Skotome ab. Die Gesichtsschärfe hebt sich rechts bis $^1/_2$; das Lesen gelingt aber nicht in Folge noch bestehenden Skotoms (12. Febr.). Linkes Auge unverändert. 25. Februar: Das günstige Resultat rechts hat sich nicht behauptet, die Skotome haben sich wieder bedeutend vergrössert.

Wahrscheinlich gehört dieser Fall zu denjenigen Onodi's, in welchen die rechte Keilbeinhöhle mit beiden Gesichtsnerven in Beziehung steht. Das Wiederverschwinden des anfänglichen Erfolges erklärt Verf. dadurch, dass vor der Operation bereits deutliche Zeichen des maculopapillären Bündels bestanden. Verf. weist darauf hin, dass in seinem Falle vor der Anwesenheit eines centralen Skotoms ein anderes Symptom bereits bestand: die Vergrösserung des blinden Fleckes für Farben.

H. BURGER.

21) **J. Némai** (Budapest). **Die Entzündung der Nasennebenhöhlen.** *Budapesti orvosi ujság. No. 6. 1909. Beilage.*

Die Zahl der in Krankenjournalen notirten Fälle von Nebenhöhlenempyemen soll nach Verf. grösser sein, als es der Thatsache entspricht. Heutzutage werden Empyeme gesucht und selbst gefunden und operirt auch bei solchen Kranken, wo keine Empyeme vorhanden waren. Verf. verurtheilt die Polypragmasie, welche er an verschiedenen Orten beobachtet hat, und spricht sich als Anhänger der conservativen Richtung aus; als solcher will er Versuche mit der Sondermann'schen Saugmethode anstellen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

22) **Chiari** (Wien). **Zur Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Med. Klinik. 5. 1909.*

Die Ausführungen von Chiari sind für den praktischen Arzt, weniger für die Specialisten bestimmt; es wird die Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase nur insoweit besprochen, als sie mit jenen Hülfsmitteln durchzuführen ist, welche dem allgemeinen Praktiker zur Verfügung stehen. SEIFERT.

23) **Réthi** (Wien). **Amblyopie infolge von Nebenhöhleneiterungen der Nase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 19. 1908.*

An der Hand zweier Fälle, in denen keine Dislocation des Bulbus, keine Schwellung der Lider etc. bestand, jedoch eine rasch zunehmende Sehstörung sich einstellte, konnte die Ursache in einer Nebenhöhleneiterung gefunden und behoben werden. Hinweis auf die Nothwendigkeit einer diesbezüglichen exacten Untersuchung in Fällen, in denen auch keine äusserlich wahrnehmbaren Veränderungen des Auges bestehen. HANSZEL.

24) **T. Della Vedova. Die Initialperiode in der Entwicklung der Oberkieferhöhle. (Il periodo iniziale nello sviluppo del seno mascellare.)** *La Pratica oto-rino-laringojatrica. I. 1908.*

In Ergänzung früherer Mittheilungen theilt Verf. mit, dass bei einem 30 mm langen menschlichen Embryo, dessen Alter auf 8 Wochen geschätzt wird, und bei einem 34 mm langen (9 Wochen alten) er bereits die Anlage einer Oberkieferhöhle gesehen habe, ebenso wie er es für einen 38 mm langen Embryo bereits beschrieben hatte. Die Anlage der Oberkieferhöhle würde also viel früher vorhanden sein, als man im Allgemeinen annimmt, nämlich zwischen Ende des zweiten und Anfang des dritten Monats. FINDER.

25) **H. Henrici** (Aachen). **Der Werth der Röntgenaufnahmen zum Nachweis von Zahnwurzelerkrankungen beim Kieferhöhlenempyem.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 7. 1909.*

Bei Kieferhöhleneiterungen, bei denen ein dentaler Ursprung vermuthet wird, sollte regelmässig eine Röntgenaufnahme der verdächtigen Zahnwurzeln vorgenommen werden. 3 Krankengeschichten und 4 Röntgenbilder.

Die zweckmässigste Methode der Zahnaufnahmen ist diejenige von Sjögren angegebene (Fortschr. a. d. G. d. Röntgenstrahlen. Bd. 3. Heft 1).

OPPIKOFER.

26) **J. S. Kyle. Einige Punkte in der Behandlung der Oberkieferhöhlenerkrankung dentalen Ursprungs. (Points in the treatment of maxillary antrum disease of dental origin.)** *Journal Ophthalmology, Otology and Laryngology. Februar 1908.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

27) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Aufdeckung der Regio respiratoria.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. Heft 9. 1908*

Löwe prätendiert, dass bei Freilegung der Regio respiratoria vom Munde her bei gesunder Kieferhöhle deren faciale Knochenwand erhalten werde und beschreibt

eingehend seine „Technik der Aufdeckung der Regio respiratoria vom Munde her mit Erhaltung der facialen Kieferhöhlenwand", bezüglich deren Details, die eine Modification seines und des Denker'schen Verfahrens darstellen, auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

28) **Aenstoots** (Köln a. Rh.). **Die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Münchener med. Wochenschr. No. 16. 1909.*

Autor empfiehlt die Dreesmann'sche Methode, die durch Wegnahme der hinteren Kieferhöhlenwand eine Verkleinerung der Höhle insofern anstrebt, als das Fettgewebe der Flügeloberkiefergrube in die Kieferhöhle vordringen und damit die Höhle verkleinern kann. Die auf diese Weise verkleinerte Höhle kommt dann durch den aus der Nase herübergeklappten Schleimhautlappen rasch zur Epithelisirung und Ausheilung. Mittheilung eines auf diese Weise geheilten, durch Augencomplication besonders interessanten Falles, der als zwölfter auf diese Weise operirter Fall des Kölner St. Vinzenz-Hospitales zur Heilung kam. Bezüglich Details und Technik sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

29) **Aris Garcia** (Mallorca). **Ein Fall von Oberkieferempyem nach der Methode von Claoué operirt. (Un caso de sinusitis maxillar operado por il procedimiento de Claoué.)** *Revista balear de ciencias médicas. April 1907.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

30) **A. Onodi** (Budapest). **Alveoläre Cysten der Kieferhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 19. 1909.*

Vier Präparate und ein in vivo beobachteter Fall werden in dem Artikel beschrieben. Im letzteren Falle hat O. in Gesellschaft mit noch Jemandem, dessen Name in der Publication nicht erwähnt ist, die Radicaloperation gemacht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

31) **John D. Mc Reynolds. Retention eines 1 cm dicken und 4 cm langen eisernen Bolzens in der Oberkieferhöhle während vier Jahren ohne erhebliche unangenehme Symptome. (Retention in the maxillary antrum of an iron bolt three-eighths of an inch in thickness and one and five eighths inches in length for period of four years without important unpleasant symptoms.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

32) **R. Falcone. Directe lymphatische Communicationen zwischen der periencephalischen Höhlen und der Stirnhöhlenschleimhaut. (Communicazioni linfatiche dirette fra le cavità periencefaliche e la mucosa del seno frontale.)** *Il Tommasi. No. 24. 1907.*

In der Stirnhöhlenschleimhaut findet sich ein deutlich nachweisbares Lymphnetz, das — wenigstens beim Hunde — eigene Wandungen hat. Man kann dieses Lymphnetz vom Subduralraum aus durch eine Injection ausfüllen, was leicht gelingt, oder auch vom Subarachnoidalraum aus. Die Injectionsmasse gelangt auf direkten Wegen in das Lymphnetz der Stirnhöhle und nicht durch das Lymphnetz der Nasenschleimhaut oder durch die Lamina cribrosa. Man kann in dem

Knochen der Hinterwand der Stirnhöhle die mit Injectionsmasse gefüllten Lymphwege nachweisen, so dass damit der evidente Beweis der transostealen lymphatischen Communication zwischen Schädelhöhle und Sinus frontalis gegeben ist.

FINDER.

33) **Martin Cohen. Vier Stirnhöhlen. (Four frontal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

An dem Schädel, der in anderer Hinsicht keine anatomischen Abweichungen aufwies, waren auf jeder Seite des Septum zwei Stirnhöhlen vorhanden, eine hinter der anderen, jede mit einem deutlichen und besonderen Ductus naso-frontalis, der in den mittleren Nasengang führte. Ein vollständiges knöchernes Septum trennte jederseits die Sinus.

EMIL MAYER.

34) **R. H. Johnston. Einige persönliche Erfahrungen über Stirnhöhlenerkrankung. (Some personal experience with frontal sinus disease.)** *American Medicine. November 1907.*

Verf. plädirt dafür, zunächst die intranasale Behandlung zu versuchen. Nichts Neues.

EMIL MAYER.

35) **Brown J. Price. Bemerkungen betreffend zwei ungewöhnliche Fälle von Stirnhöhlenerkrankung. (Notes upon two unusual frontal sinus cases.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Confr. Verhandlungen der American Laryngological Association. Montreal Juni 1908.

EMIL MAYER.

36) **A. Onodi** (Budapest). **Mit meningealen Symptomen verlaufener Fall von acuter Stirnhöhlenentzündung.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Der 25 Jahre alte Mann litt an heftigen Kopfschmerzen und eitrigem Ausfluss aus der rechten Nase. Am nächsten Tage Krampfanfälle und Schwindel, einmal mit Ohnmacht, deshalb auch Aufnahme in das Spital. Hier wurde heftige Empfindlichkeit der Stirnhöhlengegend, Eiter im mittleren Nasengange, starke Kopfschmerzen, Schwindel, gesteigerte Kniereflexe, Trousseau'sche Linien, Erbrechen und Fieber bis 39° C. beobachtet. Pat. wurde mit Cocain-Pinselungen des mittleren Nasenganges behandelt und geheilt entlassen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

37) **Brühl** (Berlin). **Zur Casuistik der Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 637. 1909.*

Die Gefahr der Nebenhöhleneiterungen ist eine bedeutend geringere als die der Ohreiterungen; so hat B. unter ca. 35000 Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten eine grosse Reihe von otogenen intracraniellen Complicationen und Todesfällen, aber nicht einen einzigen Todesfall durch Nebenhöhlenerkrankung gesehen.

Die einzige intracranielle rhinogene Affection, die B. sah, war folgende:

Bei 29jähr. sonst gesunder Frau wurde eine Pneumocele des rechten chronisch eiternden Sinus frontalis constatirt. Bei der Operation zeigte sich eine linsengrosse Durchbruchstelle in der vorderen Stirnhöhlenwand; zudem fehlte die Hinter-

wand der Stirnhöhle in ihrem lateralen Theile und war durch Granulationsgewebe ersetzt. Cerebrale Symptome fehlten. Heilung.

Neben 2 Fällen von Stirn-, Oberkiefer-, Siebbeineiterung mit Perforation in der Lamina papyracea erwähnt B. zum Schluss eine akute Stirnhöhleneiterung, bei der sich unmittelbar im Anschluss an eine Durchblasung der Stirnhöhle ein kurz dauernder Collaps und eine sechzehnstündige völlige beiderseitige Blindheit sich einstellten. Die Blut- und Urinuntersuchung ergab nichts Pathologisches; bei der 8 Tage später vorgenommenen operativen Eröffnung der Stirnhöhle zeigte sich keine Knochenerkrankung und keine Dehiscenz. B. glaubt auch eine hysterische Amaurose ausschliessen zu dürfen und nimmt an, dass die transitorische Blindheit auf eine im Anschluss an den Collaps entstandene Circulationsstörung im Gebiet der hinteren Schädelhälfte zurückzuführen ist. OPPIKOFER.

38) **A. Onodi** (Budapest). **Durch Stirnhöhlenentzündung verursachte Fälle von Sehstörungen.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Fall I. Kleiner Exophthalmus rechts mit Diplopie, Kopfschmerz, Abnahme der Sehschärfe. Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, Spülungen der Stirnhöhle. Heilung in 8 Wochen.

Fall II. Amaurose des linken Auges. Eiter im mittleren Nasengange. Auf Adrenalin-Cocain-Pinselungen Besserung, später Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

39) **A. Logan Turner** (Edinburgh). **Die Orbitalcomplicationen bei Eiterung der Stirnhöhle und Siebbeinzellen. (The orbital complications of suppuration in the frontal and ethmoidal air sinuses.)** *Edinburgh Medical Journal. Mai 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über seine klinischen Erfahrungen auf diesem Gebiet. Er gruppirt seine neun Fälle in drei Rubriken: 1. Fälle von Oedem der oberen und unteren Augenlider. 2. Fälle von subperiostalem Orbitalabscess. 3. Fälle, in denen der ganze Orbitalinhalt erkrankt war.

Diese Fälle kommen sowohl bei acuten, wie chronischen Nebenhöhleneiterungen vor. In der letzteren Kategorie trifft man häufiger Zerstörungen der knöchernen Höhlenwandungen. In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Verf. stets die Operation von aussen. AUTOREFERAT.

40) **Albert Jansen** (Berlin). **Die operative Behandlung der Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of suppuration of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Verf. wendet die verschiedenen Methoden nach folgenden Indicationen an:

1. Bei kleinen Kindern und bei Erwachsenen mit sehr kleiner Höhle, wo keine plastischen Massnahmen nothwendig sind, wird die vordere und untere Wand einschliesslich des Supraorbitalrandes entfernt; dies ist das viele Jahre lang vom Verf. bevorzugte alte Verfahren.

2. Bei grösseren Kindern und bei Erwachsenen mit etwas grösseren Höhlen wird ein vorderer osteoplastischer Lappen gebildet.

3. Sind die Höhlen noch grösser, so wird nach Killian eine Spange ge-

bildet, die vordere und untere Wand entfernt, und, wenn nöthig, die Höhle mit einem Stück Paraffin ausgefüllt.

4. Ist die Höhle ziemlich gross, so wird sowohl der vordere osteoplastische Lappen wie die Spange gebildet. Dies ist die Standardoperation des Verf.'s seit 1904.

5. Ist der primäre Verschluss, sowie die Bildung einer festen Brücke nicht möglich, z. B. bei endocranialen Abscessen, oder bei Phlegmonen oder wenn die Operation so schnell wie möglich ausgeführt werden muss (z. B. bei Herzschwäche), dann werden zwei osteoplastische Lappen gebildet, ein vorderer und ein marginaler. Dieselbe Methode ist angezeigt, wenn die Erfahrung des Operateurs nicht ausreicht, um bei besonderen anatomischen Verhältnissen der Schwierigkeiten Herr zu werden, die sich der Bildung einer Spange nach Killian entgegenstellen.

EMIL MAYER.

41) **John J. Barnhill. Einige wesentliche chirurgische Principien für die Behandlung des Stirnhöhlenempyems. (Some surgical principles essential to the cure of frontal sinus empyemes.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Abgesehen von der aseptischen Technik sind folgende Bedingungen zu erfüllen: Völlige Entfernung aller erkrankten eitrigen Theile; Schaffung einer breiten Drainage; die Möglichkeit, dass die erkrankte Höhle mit einer gesunden, nicht eiternden Auskleidung heilt oder durch Granulationsbildung völlig obliterirt.

EMIL MAYER.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Eröffnung der Stirnhöhle, Neurectomie des N. supraorbitalis.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen: Im ersten Falle zeigte das Röntgenbild eine Verschleierung der linken Stirnhöhle, daraufhin wurde die Höhle eröffnet und gesund befunden, hierauf der Stamm des N. supraorbitalis hervorgezogen und einige Centimeter Länge entfernt. Die Kopfschmerzen hörten nach der Operation auf.

Im zweiten Falle besserte sich eine Stirnhöhleneiterung nach Resection der mittleren Muschel, nach 2 Monaten traten aber heftige Kopfschmerzen auf. Kein Eiter in der Nase, Röntgenbefund negativ. Docent Manninger führte die Neurectomie des N. supraorbitalis aus und hat bei dieser Gelegenheit auch die Probeeröffnung der Stirnhöhle gemacht, welche gesund befunden wurde.

Die Fälle vermindern einerseits den diagnostischen Werth der Röntgenaufnahmen, andererseits sprechen sie in zweifelhaften oder wahrscheinlichen Fällen nach O. für die Probeeröffnung der Stirnhöhlen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

43) **Botey** (Barcelona). **Traumatische Caries und Nekrose des Unguis, der Siebbeinzellen und des Bodens der rechten Stirnhöhle. Operation. Heilung. (Caries y necrosis traumaticas del unguis, célules etmoidales y cava inferior del seno frontal derecho. Operación; curación.)** *Archivos de oto-rino-laringologie. Mai 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

44) **Seth-Lindström** (Stockholm). **Ein Instrument zur Eröffnung der Siebbeinzellen von deren natürlichen Oeffnungen aus.** *Mit 3 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Combination des Hajek'schen Siebbeinhakens mit einer entsprechenden Stanze, die es ermöglicht, einzelne Siebbeinzellen bequem unter Controle des Auges zu sondiren und zu eröffnen, und die zu entfernenden Zellwände genau zu dosiren. Das Instrument dient daher auch zu diagnostischen Zwecken — Auffindung isolirter Entzündungsherde im Siebbein. Das nach allen Seiten drehbare Instrument ist in der Arbeit abgebildet, Anwendung und Wirkungsweise beschrieben.

HECHT.

45) **T. A. Gibson. Die Keilbeinhöhle. (The sphenoidal sinus.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Verf. beschreibt die Anatomie und die Variationen der Keilbeinhöhle, die seiner Ansicht nach zu sehr vernachlässigt wird. Verf. hat 85 Keilbeinhöhlen am menschlichen Schädel untersucht in Bezug auf Lage, Grösse, die durchschnittliche Dicke der Wände, die Beziehungen zu Oberkiefer- und Stirnhöhle, den eventuellen Zusammenhang zwischen weiter hinterer Nasenöffnung und kleiner Keilbeinhöhle und umgekehrt, die vorkommenden Anomalien etc. Er findet keine definitiven Beziehungen zwischen der Grösse der verschiedenen Nebenhöhlen, auch keinen charakteristischen Zusammenhang zwischen der Weite der Choane und der Ausdehnung der Keilbeinhöhle.

Jede Operation vom Nasenrachenraum und von hintenher ist zu verwerfen, da in vielen Fällen der Boden der Höhle sehr dick und die Höhle weit nach vorwärts gelegen ist. Eine bestimmte Regel für die Sondirung der Höhle lässt sich nicht aufstellen. Die kürzeste Distanz von der Spina nasalis anterior zu der hinteren Keilbeinhöhlenwand beträgt 57 mm.

LEFFERTS.

46) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Operirter und geheilter Fall von mit orbitaler Complication verlaufender Keilbeinhöhleneiterung.** *Orvosi Hetilap. No. 2. 1909.*

Frau von 40 Jahren mit mässigem Exophthalmus des linken Auges und Oedem der Lider, welche in diesem Zustande mehr als 4 Monate verblieb, während welcher Zeit sie auch an quälenden Kopfschmerzen litt. Befund vor der Operation: Papillitis intumescens, Exophthalmus und Oedema palpebrarum l. s. Postrhinoskopisch ein Eitertröpfchen in der Gegend des linken Recessus sphenoethmoidalis. Visus $^6/_{20}$. Später Resection der mittleren Muschel, Erweiterung der Keilbeinhöhlenöffnung und Entleerung von viel Eiter. Vollständige Heilung nach 6 Wochen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

47) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Die Freilegung der Keilbeinhöhle und des darüber gelegenen Abschnittes der basis cerebri vom Rachen aus.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde und Laryngo-Rhinologie. Heft 3. 1909.*

Nach eingehender Besprechung der bisher beschriebenen Methoden zur Freilegung der Keilbeinhöhle und der darüber gelegenen endocraniellen Gebilde, insbesondere der Hypophysis, empfiehlt Löwe als gangbarsten Weg die Freilegung

des Nasenrachenraumes durch Vornahme der Pharyngotomia suprahyoidea. Autor erörtert eingehend die anatomischen Verhältnisse, den Gang der Operation, Technik und Instrumentarium, deren Details sich zu kurzem Referat nicht eignen.

HECHT.

48) **Nobécourt** und **Apterkmann. Adenoide Vegetationen, tracheo-bronchiale Drüsen und Tuberculose. (Végétations adénoides; adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 19. März 1909.*

Sehr häufig reagiren Kinder mit adenoiden Vegetationen nicht auf die verschiedenen Tuberculinproben. Die tracheo-bronchialen Drüsen sind häufig tuberlöser Natur. Sie kommen oft mit den adenoiden Vegetationen zusammen vor; die Cutanreaction ist ebenso häufig bei Kindern, die beide Affectionen haben, negativ wie bei solchen, die nur an adenoiden Vegetationen leiden. Bei Kindern dagegen, die tracheo-bronchiale Drüsenanschwellung haben, ohne dabei adenoide Vegetationen zu haben, ist sie in 37 pCt. der Fälle negativ.

A. CARTAZ.

49) **Edward John Bero. Einige Typen von Lungenentzündung, die mit Entzündung der adenoiden Wucherungen vergesellschaftet sind. (Some types of pneumonia associated with inflammation of adenoid growths.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Dem Verf. sind gewisse Typen von Pneumonie aufgefallen, die mit Entzündungen der adenoiden Wucherungen einhergehen. Das Hauptcharakteristikum sind hohe Temperaturen, die zuerst remittirend und gegen das Ende der Krankheit intermittirend sind. Diese Pneumonien fanden sich bei folgenden Formen: 1. Ohne eitrige Mittelohrentzündung; 2. mit eitriger Mittelohrentzündung, wobei a) die Mittelohraffection in dem Frühstadium der Erkrankung, b) später auftritt.

Die beschriebenen Fälle weisen folgende Merkmale auf:

1. Sehr hohe Temperatur.

2. Die hohe Temperatur entspricht nicht der Schwere der Erkrankung, wie bei anderen Formen der Pneumonie und bedeutet keinen ungünstigen Gang der Krankheit.

3. Die Temperatur wird gegen das Ende der Krankheit intermittirend, so dass man den Eindruck mehrerer Pseudokrisen erhält.

4. Dieselbe charakteristische Temperatur wird in Fällen mit wie ohne Mittelohrcomplicationen beobachtet.

5. Frühzeitige Paracentese des Trommelfells modificirt den Verlauf der Erkrankung nicht.

6. Die Milz ist nicht vergrössert; Malariaplasmodien finden sich nicht: Chinin beeinflusst die intermittirende Temperatur nicht.

8. Die Erkrankung hat einen protrahirten Verlauf.

8. Patient neigt zu Rückfällen von ähnlichem Charakter, wenn die adenoiden Wucherungen nicht entfernt werden.

LEFFERTS.

50) **Bonveau. Ueber die Abtragung der adenoiden Vegetationen im Verlauf von Complicationen seitens derselben. (De l'ablation à chaud des végétations adénoides dans le cours de leurs complications.)** *Gazette médicale du centre. 1. März 1909.*

Entgegen der gewöhnlichen Ansicht vertritt Verf. die Meinung, dass ein

Eingriff in solchen Fällen nicht gefährlich ist. Unter 612 Operationen hat er keine Blutung gehabt.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Johann Fein** (Wien). **Bemerkungen zu dem Aufsatz L. Vacher's: „Ablation des végétations adénoïdes. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique.“ Zur Wahrung der Priorität.** *Mit 1 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Fein nimmt die „Priorität der Angabe des im rechten Winkel nach der Seite hin abgebogenen Adenotoms“ für sich in Anspruch und erkennt dem Erfinder des „neuen Instruments nur die Autorschaft für den abgeänderten Handgriff“ zu.

HECHT.

52) **J. G. Stubbs. Die Technik der Adenectomie und eine vervollkommnete Curette. (The technique of adenectomy and a perfected curette.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation, die er in Seitenlage vornimmt; die Wucherung soll, wenn correct operirt wird, mit einem Zuge ganz entfernt werden.

EMIL MAYER.

53) **Otto Freer. Neue Methode zur Abtragung adenoider Wucherungen durch die Nasenhöhlen. (Nouvelle méthode d'ablation de végétations adénoides à travers les fosses nasales.)** *Archives intern. de larnyogol. September-October 1906.*

F. operirt mit einer Ingals'schen Zange, die er durch die Nase einführt, und in Allgemeinnarkose. Wir zweifeln, das dies Verfahren, das übrigens nicht neu ist, an die Stelle der klassischen Methode treten wird.

BRINDEL.

54) **C. Chauveau. Synkopeartige Späterscheinungen nach Adenotomie. (Accidents syncopaux tardifs à la suite de l'adénotomie.)** *Arch. intern. de laryngol. November-December 1906.*

Mittheilung zweier Fälle. Die Erscheinungen sind durchaus ähnlich denen, die nach bedeutenden chirurgischen oder anderen Traumen auftreten können.

BRINDEL.

55) **Weinstein** (New-York). **Ueber Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. 19. 1909.*

In zwei Fällen trat einige Tage nach Operation der adenoiden Vegetationen Torticollis auf. Verf. ist der Ansicht, dass Schiefhals nach der Adenotomie öfter vorkommt, als man nach der Literatur annehmen sollte. Prognose günstig.

SEIFERT.

56) **L. Neufeld** (Posen). **Torticollis als Complication der Adenotomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 480. 1908.*

Verf. hat 3 Fälle beobachtet, bei denen nach Adenotomie ohne besondere Veranlassung Torticollis mit Fieber bis zu 38,5° eine Woche lang auftrat, und zwar im ersten Falle am zweiten Tage, im zweiten Falle am dritten Tage und im dritten Falle am fünften Tage nach der Operation. Die Dauer schwankte zwischen

14 Tagen und 2 Monaten. Jedesmal trat völlige Heilung ein. Schmerzhafte entzündliche tiefergelegene Lymphdrüsen dürften die Ursache der ausgelösten Muskelcontraction sein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER)

## c. Mundrachenhöhle.

57) **G. Anselmi. Ueber das Verhandensein von Knorpelinseln und Epithelperlen in den Tonsillen. (Sulla presenza di noduli cartilaginei e di perle epitheliali nelle tonsille.)** *Neapel. Tipogr. Inglese. 1907.*

Verf. hat eine grosse Menge von Tonsillen von Neugeborenen und Föten in Serienschnitten untersucht. Er kommt zu dem Ergebniss, dass es sich bei den Knorpelinseln nicht um Metaplasien handeln könne, da in den Tonsillen immer nur eine solche Insel sich findet, deren Lage ganz bestimmt ist, nämlich im peritonsillären Gewebe, hinten und oben. Es handelt sich entweder um eine anormale Rückbildung des zweiten Kiemenbogens oder um eine Versprengung des letzteren oder der Tube.

Die Epithelperlen finden sich constant in der Tonsille der Föten und Neugeborenen; sie bilden sich aus den Epithelknospen, aus denen die Schleimdrüsen entstehen.

FINDER.

58) **H. A. Barnes. Einige Punkte in der angewandten Anatomie der Tonsillen. (Some points in the applied anatomy of the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1908.*

Verf. betrachtet die Krypten und die Kapsel als die wichtigsten Bestandtheile der Tonsille vom pathogischen und chirurgischen Standpunkt. Die Structur der Kapsel, ihre Festigkeit und die Leichtigkeit, mit der sie von den darunter liegenden Geweben getrennt werden kann, machen die Loslösung der Tonsille in der Kapsel zu einer sehr praktischen Operation. Die Gefahr der Blutung ist grösser als bei der Tonsillotomie. Verf. zieht daher vor, den adhärirenden Teil der Tonsille an der unteren Hälfte der Kapsel mit der Schlinge zu lösen.

EMIL MAYER.

59) **G. S. Hett. Ueber die anatomischen Varietäten der Gaumentonsillen und ihre Tragweite für die Behandlung krankhafter Zustände derselben. (On the anatomical varieties and their bearing on the treatment of pathological conditions of the palatine tonsils.)** *Lancet. 13. Februar 1909.*

Eine sehr interessante Arbeit. Verf. beschreibt zunächst die Entwickelung der Tonsille. Bei der Geburt besteht sie aus drei Massen, die durch zwei Furchen getrennt sind. Verf. hat die Tonsillen bei 100 Säugethierspecies untersucht und gefunden, dass sie viele von den Stadien zeigten, die man während ihrer Entwickelung im menschlichen Embryo sehen kann. Er unterscheidet verschiedene Arten von Tonsillen: 1. eingebettete, 2. vorspringende, 3. flache, 4. überhängende, 5. solche mit Vorwiegen der vorderen, mittleren oder hinteren Bestandtheile, 6. mit ausgesprochener Verlängerung auf der Zunge. Die beste Methode ist die Enucleation der Tonsille.

ADOLPH BRONNER.



60) **Jonathan Wright. Die Tonsille vom Evolutionstandpunkt aus. (The tonsil from an evolutionary point of view.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908. N. Y. Medical Journal. 8. August 1908.*

Verf. geht von der Ansicht Brieger's und Goerke's aus, dass die Hypertrophie der Tonsille einen gesteigerten Schutz gegen das Eindringen der unbekannten Keime der Kinderkrankheiten darstelle. Er möchte dies nicht positiv behaupten. Er ist geneigt, die Hyperplasie der Tonsille — nach seinen pathologischen und klinischen Erfahrungen und nach Analogie allgemein-biologischer Grundsätze — unter die Phänomene der organischen Evolution einzureihen. Jedenfalls zielen die Ergebnisse aller Betrachtungen dahin, dass die Function der Tonsille als ein Schutz gegen Infection aufzufassen sei. LEFFERTS.

61) **Charles P. Sylvester. Die Tonsillen und ihre Beziehung zur allgemeinen Gesundheit. (The tonsils and their relation to the general health.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Verf. bespricht die durch das erkrankte lymphatische Gewebe der oberen Luftwege ihren Eingang nehmenden Krankheiten, in erster Reihe den acuten Rheumatismus, der nach St. Clair-Thomson in 30—80 pCt. aller Fälle mit acuter Tonsillitis einsetzt. Eine andere Krankheit, die von den Tonsillen ausgeht, ist das Erythema nodosum. Verf. bespricht dann die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Tuberkulose, ferner die von den Mandeln ausgehenden Allgemeininfectionen mit Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken. Kretz hat 14 Fälle von tödtlich verlaufender Appendicitis mitgetheilt, die mit acuter Tonsillitis einhergingen oder denen eine solche vorausging. Hierher gehören auch die Todesfälle an acuter Nephritis nach Mandelentzündung bei Kindern. LEFFERTS.

62) **B. H. Orndorff. Prophylaxe als wesentliche Function der Tonsille. (Prophylaxis the essential function of the tonsil.)** *Journal Indiana State Medical Association. März 1908.*

O. betrachtet als Function der Tonsille, frühzeitig eine Immunität gegen Bakterientoxine zu schaffen. Wenn die Bakterien lange genug in den Krypten gewesen sind, um eine wirksame Vaccine hervorzubringen, die dann durch das Lymphserum durch den Körper getragen wird, dann greift für das betreffende Bakterium eine Immunität Platz. Dieser Mikroorganismus wird dann durch die von dem rückkehrenden Lymphstrom mitgeführten bakteriolytischen Stoffe unschädlich gemacht und aus dem Körper entfernt. EMIL MAYER.

63) **A. Iwanoff. Die atypischen Hypertrophien der Mandeln.** *Zeitschrift für Laryngol., Rinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 29. 1909.*

Bei der 27jährigen Patientin war die rechte Gaumenmandel in eine einer compacten Weintraube gleichende Geschwulst umgewandelt, von gräulicher bis schneeweisser Farbe und harter Consistenz. Druck auf die Geschwulst war nicht schmerzhaft. 2 Abbildungen.

Auch die linke Gaumenmandel hatte nicht ein normales Aussehen; sie war leicht vergrössert, von rauher Oberfläche und bestand aus mehreren kleinen Läppchen.

Die Blutuntersuchung ergab ein normales Resultat. Keine Drüsen.

Die grosse Geschwulst der rechten Gaumenmandel, die Schluckbeschwerden bedingt hatte, wurde mit dem Messer entfernt; die Blutung war gering. Mikroskopisch bestand der Tumor ausschliesslich aus lymphatischem Gewebe; Sarkom war sicher auszuschliessen. Es handelte sich somit um eine atypische Hyperplasie der Mandel.

OPPIKOFER.

64) **E. Hamilton White. Ein ungewöhnliches Exemplar von vergrösserter Mandel. (An unusual specimen of tonsillar enlargement.)** *Montreal Medical Journal. Juni 1907.*

Die Tonsille war ungewöhnlich gross; sie mass 3,5 × 2,5 cm und wog 6,5 g; sie war gestielt; Lacunen waren auf der Oberfläche nur sehr wenige sichtbar.

EMIL MAYER.

65) **W. H. Roberts. Der Status lymphaticus nebst besonderer Berücksichtigung der Anästhesie bei Gaumenmandel- und Adenoidoperation. (The status lymphaticus with particular reference to anesthesia in tonsil and adenoid operations.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

1. Man soll bei Kindern mit Vergrösserung der oberflächlichen Lymphdrüsen, Adenoiden oder Zeichen von Rachitis sich stets die Möglichkeit des Status lymphaticus vor Augen halten.

2. Beim Status lymphaticus sind alle Anaesthetica gefährlich, ganz besonders aber Chloroform.

3. Bei allen Operationen an Kindern vermeide man Chloroform.

4. Bei Operationen zur Entfernung von Adenoiden und Gaumenmandeln ist Aether das sicherste Narcoticum.

EMIL MAYER.

66) **John Mc. Coy. Demonstration eines neuen Instruments zur Trennung von Mandel und Gaumenbogen. (Exhibition of new tonsil and pillar separator.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Beschreibung des Instruments.

EMIL MAYER.

67) **Lange** (Kopenhagen). **Fragmentarische klinische Betrachtungen über die Tonsillar- und Peritonsillarabscesse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 707. 1909.*

Nach eingehender Schilderung der bekannten Krankheitsbilder kommt L. auf die Therapie zu sprechen. Findet er bei Einschnitt in den vorderen Gaumenbogen den Peritonsillarabscess nicht, dann hält er es für zweckmässig, von der medianen Seite her mit einem winklig abgebogenen Instrument einzugehen.

Den peritonsillitischen Abscess von der medianen Seite aufzusuchen, beschreibt L. als scheinbar neues Verfahren.

OPPIKOFER.

68) **H. Lagarrigue. Die Peritonsillitis beim Säugling. (Amygdalite phlegmoneuse chez le nourrisson.)** *Dissert Paris 1908.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Peritonsillitis und über einen Fall eitriger Tonsillitis, Säuglinge betreffend.

Die eitrige Entzündung in den Gaumenmandeln und im peritonsillären Zell-





gewebe derselben sind im Säuglingsalter sehr selten, unterscheiden sich in den wesentlichen Punkten nicht vom gewöhnlichen Bilde beim Erwachsenen und verlaufen auch in diesem frühen Lebensalter gutartig.

OPPIKOFER.

69) **Sargnon** (Lyon), **Boulloche** und **Robert** (Paris). **Nicht-diphtherische Angina pseudo-membranacea und Laryngitis. Laryngostomie. Verlöthung des Ringknorpels und Atrophie des Kehlkopfs. (Angine pseudo-membraneuse et laryngite non diphtériques. Laryngostomie. Sondure cricoidienne et atrophie larygienne.)** *Société des hôpitaux. 1908.*

Das Kind — ein 2jähriges Mädchen — starb am 16. Tage nach der Operation. Die Autopsie zeigte, dass die Todesursache einer Hypertrophie der Thymus zuzuschreiben war. Gegenwärtig beträgt die Mortalität bei Laryngostomie 8 pCt.; die Zahl der sicher auf die Operation zurückzuführenden Todesfälle muss auf 4 pCt. reducirt werden.

GONTIER DE LA ROCHE.

70) **F. Langlais. Die ulcerirende Scharlachangina. (Les angines nécrotiques ou ulcéro-perforantes de la scarlatine.)** *Dissert. Paris 1908.*

Während in den ersten Monaten der Scharlachepidemie in Paris 1907 Scharlachgeschwüre im Mund und Rachen selten zur Beobachtung kamen, wurden sie in den späteren Monaten der Epidemie etwas häufiger. Die Prognose dieser mit Mund- und Rachengeschwüren complicirten Scharlacherkrankungen ist schlecht zu stellen; Verf. beobachtete 15 Fälle, von denen 11 starben. 15 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

71) **Romeo** (Madrid). **Drei Fälle von Angina gangraenosa im Verlauf von Scharlach. (Tres casos de angina gangrenosa en el corso de la escarlatina.)** *Revista Clinica de Madrid. März 1908.*

Verf. hat mit Serumbehandlung keine Resultate erzielt; er empfiehlt Pinselungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

TAPIA.

72) **v. Sokolowski. Ein Fall von Gangrän der Gaumentonsille. (Przypadek zgorzeli migdalka.)** *Gazeta Lekarska. No. 7. 1909.*

Ein 56jähriger Kutscher, Alkoholiker, trat in das Krankenhaus wegen heftiger Halsschmerzen, Fieber und grosser Prostration ein; bei der Untersuchung wurde auf der linken stark geschwollenen Tonsille ein grauer, stinkender Belag gefunden; die Halsdrüsen waren stark angeschwollen; in den Lungen Bronchopneumonie. Der Kranke starb Tags darauf. Bei der Autopsie wurde nachgewiesen, dass der Belag nicht nur auf die Mandeln, sondern auch auf die Schleimhaut des Rachens der Trachea und grösseren Bronchien sich ausgedehnt hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden typische Löffler'sche Bacillen vorgefunden. Verf. behauptet, dass aller Wahrscheinlichkeit nach auch in verschiedenen anderen dunkel verlaufenden Fällen der sogenannten primären Gangrän der Tonsillen es sich um typisch verlaufende bösartige Diphtherie mit gangränösem Ausgang handelt.

AUTORREFERAT.

73) **Puterman** und **Breszel. Zur Casuistik der sogenannten Angina ulcero-membranacea Vincenti. (Przyczynek do wrzodziejacego zapalenia gardzieli, wywolanego przez laseczniki wrzecionowate.)** *Gazeta Lekarska. No. 16. 1909.*

Der Verf. bespricht 2 derartige casuistische Fälle, den ersten bei einem 5jährigen Knaben, den zweiten bei einem erwachsenen Mann. Beim ersten handelt es sich um Mischinfection mit Löffler'schen Bacillen. Beim zweiten Falle wurden nur typische Vinzent'sche Bacillen in dem Mandelbelag vorgefunden. Beide Fälle verliefen günstig bei mässiger Temperaturerhöhung. In beiden Fällen zeigte sich als ein ganz charakteristisches Phänomen „Foetor ex ore.“ A. v. SOKOLOWSKI.

74) **Novotny** (Wien). **Ueber Gaumengeschwüre bei Abdominaltyphus.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1909.*

Unter 102 in den letzten 10 Jahren auf der III. med. Klinik in Wien beobachteten Typhusfällen fanden sich in 24 Larynxaffectionen, meist flache, kleinere Geschwüre mit schmutziggrauem Belage, mehr oder weniger ausgesprochene Ulcerationen in 6 Fällen. Im letztbeschriebenen Falle von einer Mischinfection, Typhus und Paratyphus wurde, aus den Gaumengeschwüren Paratyphus B reingezüchtet und serologisch als solcher festgestellt. Nach dieser Statistik nehmen die Larynxerscheinungen nach den bronchitischen Erscheinungen die zweite Stelle ein mit 5,85 pCt. Ulcerationen. HANSZEL.

75) **Gilliford B. Sweeny. Die tuberculösen Gaumenmandeln. (The tuberculous faucial tonsil.)** *Kansas City Medical Index Lancet. September 1908.*

Verf. entfernt die tuberculösen Mandeln mit dem Mathieux'schen Tonsillotom. EMIL MAYER.

76) **R. Malterre. Ueber Fälle schnell verlaufender Gaumenmandeltuberculose. (De la tuberculose galopante des amygdales.)** *Dissert. Paris 1908.*

Die Gaumenmandeltuberculose entwickelt sich gewöhnlich secundär im Anschluss an eine Lungentuberculose. Doch giebt es auch Fälle primärer Gaumenmandeltuberculose; diese verlaufen manchmal sehr rasch und führen in wenigen Tagen zu ausgedehntem Zerfall. Als Beispiel giebt M. die Krankengeschichte eines Falles selbst beobachteter Gaumenmandeltuberculose; doch ist der Fall bezüglich des primären Entstehens nicht einwandsfrei, da das Sectionsprotokoll fehlt.

OPPIKOFER.

77) **Brindel. Diagnose des Schankers der Gaumenmandel. (Diagnostic du chancre de l'amygdale.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 19. 1908.*

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten interessanten Fall. Bei dieser Gelegenheit bespricht er die differentielle Diagnose dieser Affection gegenüber den acuten Anginen, der Angina Vincenti, der Peritonsillitis, der Diphtherie, den malignen Tumoren und den secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis. BRINDEL.

78) **Federico Brunetti. Fibrom der linken Tonsille. (Fibroma della tonsilla sinistra.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. IV. 1909.*

Verf. giebt erst einen Ueberblick über das, was wir bezüglich der gutartigen

Mandelgeschwülste wissen, und theilt dann seinen einen 12jährigen Knaben betreffenden Fall mit, bei dem der taubeneigrosse Tumor zwischen linkem vorderen Gaumenbogen und Tonsille hervorragte. Abtragung mit der Scheere. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus Bindegewebe bestand; an der Peripherie bestand eine Zone lymphatischen Gewebes. FINDER.

79) J. L. Goodale. **Lymphosarkom der Tonsillen. (Lymphosarcoma of the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1908.*

Es handelte sich um eine 45jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes ergab Lymphosarkom. Die Untersuchung in Aethernarkose zeigte, dass der Tumor auf den weichen Gaumen übergegangen war, die Zungenbasis infiltrirte. Verf. sah von einer Operation ab. Da Verf. in einem Fall von Hodgkins Krankheit gute Resultate mit dieser Behandlung erzielt hatte, so machte er auch dieser Patientin Injectionen von Terpentin und injicirte gleichzeitig alle drei Tage Vaccine von Staphglococcus aureus. Nach 10 Tagen war die Geschwulst fast verschwunden. Verf. schreibt die Besserung der Wirkung der Vaccineinjection zu. EMIL MAYER.

80) H. Upcott. **Epitheliom der Tonsille; ihre operative Behandlung. (Epithelioma of the tonsil; its operative treatment.)** *Lancet. 15. August 1908.*

Es werden zwei Fälle mit Abbildungen beschrieben. Präliminare Tracheotomie mit Gazetamponade des Pharynx. Eine Incision wird vom Processus mastoideus zur Schilddrüse gemacht; die Carotis externa wird unterbunden; der Kiefer wird schräg vor dem Masseter durchsägt. A. BRONNER.

81) James M. Anders. **Fall von Mandelstein. (Case of Tonsillolith.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1908.*

Mittheilung eines Falles, in dem der Stein von selbst ausgestossen wurde. EMIL MAYER.

## d. Diphtherie und Croup.

82) J. A. Bisot. **Die Diphtherie in Nancy. (La diphtérie à Nancy.)** *Dissert. Nancy 1907.*

In Nancy hat die Zahl der Diphtheriefälle in den letzten 30 Jahren bedeutend zugenommen. Doch ist die Mortalitätsziffer unbedeutend (0,21) und niedriger als in den meisten anderen französischen Städten. OPPIKOFER.

83) M. Chevrel. **Die Diphtherie in Havre 1880—1907. (La diphtérie au Hâvre 1880—1907.)** *Dissert. Paris 1908.*

Verf. giebt an Hand von Tabellen eine Uebersicht über die Ausdehnung der Diphtherie in Havre im Verlauf der letzten 27 Jahre. Die Krankheit hat seit 1880 wenig abgenommen; doch ist die Zahl der Todesfälle seit Anwendung des Serums und Dank der strengeren städtischen Maassregeln bedeutend gesunken.

Die Ausdehnung der Diphtherie ist, wie die Tabellen zeigen, abhängig vom Klima, vom Ort der Entstehung (ungesunde, zu stark bevölkerte Quartiere, Schule), von der mehr oder weniger strengen Durchführung der prophylaktischen Maass-

regeln. Der Director der Schule sollte avertirt werden, dann könnte man Präventivimpfungen vornehmen, die mehr erreichen als das Schliessen der Schule. Den Eltern sollte man Aufklärung bringen. OPPIKOFER.

84) **Mi H. Chene. Diphtherische Lähmung. (Diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 29. Mai 1909.*

Verf. sieht in dem Toxin des Diphtheriebacillus die Ursache für die Lähmungen. Das Gift steigt wahrscheinlich von den peripheren Nerven zu den Hirncentren auf. Die Behandlung soll in Antidiphtherieserum bestehen, auch wenn dies bereits früher im Verlauf der Erkrankung gegeben wurde, und zwar in Dosen, die genügend sind, um den Toxinen entgegenzuwirken. LEFFERTS.

85) **A. Lesage. Croup und Morphium. (Croup and Morphine.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Verf. empfiehlt das Morphium bei Croup zur Vermeidung der Erstickungsanfälle: Morphium werde von Kindern ausgezeichnet vertragen. Es werden bei einer Injection von 80—120 ccm Diphtherieserum je nach dem Alter des Kindes $^1/_4$, $^1/_3$ oder $^1/_2$ ccm einer 1 proc. Morphiumlösung gegeben. In den meisten Fällen schlafen die Kinder 5—6 Stunden ohne Spasmen und wachen eigentlich geheilt auf. Durch diese Behandlung soll die Intubation vermieden oder in anderen Fällen deren Dauer herabgemindert werden. LEFFERTS.

86) **Pulawski. Weitere Beiträge zur Serumtherapie diphtheritischer Angina. (Dalsze przyczynki do leczenia błoniczej surowicą zwierząt.)** *Przegląd Lekarski. No. 21. 1909.*

Verf. theilt seine Erfahrungen über 67 Fälle von Rachendiphtherie mit, die er im Laufe von 1907—08 in der Kinderpraxis mittelst antidiphtherischen Serums behandelt hat. Die Gesammtsterblichkeit war im Jahre 1907 6,3 pCt., im Jahre 1908 12 pCt., was nach Verf. sehr zu Gunsten der Serumtherapie spricht. Weiter bespricht derselbe verschiedene Complicationen, besonders den Ausschlag, und schliesslich vertheidigt er energisch die Serumtherapie. A. v. SOKOLOWSKI.

## c. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **Beverley Robinson. Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchung im Frühstadium der Lungentuberculose. (Importance of laryngeal examination in early pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 30. Januar 1909.*

An der Hand zweier Fälle, bei denen der Verdacht auf Lungentuberculose vorlag und, obwohl gar keine Symptome von Seiten des Kehlkopfs bestanden, die Untersuchung desselben auf die Diagnose führte, betont Verf. die Wichtigkeit der Laryngoskopie in solchen Fällen. Er empfiehlt übrigens für diese Frühformen Inhalationen. LEFFERTS.

88) **Arthur Meyer** (Berlin). **Ueber den Infectionsweg der Larynxtuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 716. 1909.*

M. setzt alle die Gründe auseinander, warum es sich bei der Larynxtuberculose fast durchwegs um eine Contactinfection handelt. Auf dem Blutwege

kommt tuberculöse Affection des Kehlkopfs nur bei allgemeiner Miliartuberculose vor, lymphogene Tuberculose nur, wenn Lupus oder Tuberculose des Pharynx und der Zungenwurzel sich auf den Larynx verbreiten.

OPPIKOFER.

89) **Glas** und **Kraus** (Wien). **Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberculose des Kehlkopfes.** *Med. Klinik. No. 26, 27. 1909.*

Die Generationsvorgänge (Gravidität, Entbindung und Puerperium) üben auf die Kehlkopftuberculose in der grossen Mehrzahl der Fälle einen ungünstigen Einfluss aus, diffuse ulcerirende Formen der Larynxtuberculose geben ganz besonders ungünstige Prognose, indem die meisten dieser Fälle im Puerperium zum Exitus kommen. Bei Progredienz eines Larynxprocesses erscheint, zumal bei gleichzeitig vorhandenem Lungenprocess, die Einleitung des Abortus in den ersten Monaten indicirt. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei progredienten Fällen ist contraindicirt, da diese das acute Fortschreiten des Processes in keiner Weise zu hemmen vermag. Bei relativer Stenose des Kehlkopfes ist die Tracheotomie vorzunehmen.

SEIFERT.

90) **M. J. Pottenger. Prognose und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Prognosis and treatment of tuberculous laryngitis.)** *California State Journal of Medicine. October 1908.*

Auf Grund einer kritischen Betrachtung von 61 Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Bei frühzeitiger Diagnose ist die Prognose der Kehlkopftuberculose ungefähr dieselbe wie die der frühzeitig diagnosticirten Lungentuberculose.

2. Chronische Verdickung im Kehlkopf erfordert stets eine sorgfältige Untersuchung der Lungen; ergiebt diese das Vorhandensein von Tuberculose, so ist auch die Erkrankung des Kehlkopfs für tuberculös zu erachten.

3. Locale Behandlung führt keine Heilung herbei; eine rationelle Therapie richtet sich gegen die Erkrankung der Lungen.

4. Tuberculin ist bei verständiger Anwendung von unschätzbarem Werth, um eine Immunität herbeizuführen und die Larynxtuberculose zu heilen.

EMIL MAYER.

91) **L. J. Hammond. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The surgical treatment of the tuberculous larynx.)** *American Medicine. Februar 1909.*

Verf. empfiehlt eine tiefe Tracheotomie in den Frühstadien zur Heilung, in den vorgerückteren Stadien zur Erleichterung der Leiden. Um die Luft feucht zu halten, soll ein mit 0,2proc. Carbollösung getränkter Tampon vor die Trachealwunde gebracht werden.

EMIL MAYER.

92) **Arnoldsson Nils** (Stockholm). **Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose. (Larynxtuberkulosens kirurgiske behandling.)** *Vortrag auf der Versammlung der schwedischen oto-laryngologischen Gesellschaft am 24. October 1908.*

Demonstration von 8 Fällen (mit leichten und mittelschweren Veränderungen im Larynx und III. Stadium der Lungenkrankheit), die endolaryngeal operirt

wurden: 3 Fälle geheilt, 1 3jährig, 2 1jährig: 5 bedeutend gebessert, wurden später operirt. 2 Fälle mit Dysphagie; Amputatio epiglottidis mit gutem Erfolg.

Nach einer kurzen Besprechung der geschichtlichen Entwickelung der operativen Eingriffe mit Betonung der grossen Bedeutung von M. Schmidt, Heryng, Krause u. a. beschreibt der Vortragende die Technik und hebt dabei die Präcision derselben und die so weit wie möglich radicale Beseitigung der krankhaften Gewebe als nöthig hervor.

Die Indicationen für Curettement sind unbedeutende Ausbreitung („Tumorform“, Localisation in Taschen- und Stimmbändern, Epiglottis) bei gutem Allgemeinbefinden und gutartiger Lungenkrankheit. Die Indicationen der palliativen Eingriffe werden besprochen und die radicale Amput. epiglottid. hervorgehoben.

Die Tracheotomie ist nur selten nöthig, als curative Operation zweifelhaft.

Die Combination von Kehlkopftuberculose mit Gravidität und die Erkrankung im Kindesalter werden besprochen.

Nach einer ziemlich eingehenden Besprechung der extralaryngealen, directen Eingriffe (Laryngotomie etc.), ihrer Bedingungen, Indicationen, Erfolge, weist der Vortragende zum Schluss darauf hin, dass wir, um so viel wie möglich zu gewinnen, im Kampfe gegen die Tuberculose des Larynx auf dem chirurgischen Wege arbeiten müssen. Besonders wird betont, dass die Hals- und Brustärzte zusammenarbeiten müssen, dass die rationelle locale Therapie immer von einer modernen Anstaltsbehandlung unterstützt werden müsste. E. STANGENBERG.

93) **R. Hahn** (Turin). **Die Galvanokaustik in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (La Galvanokaustica nella tubercolosi laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. IV. 1909.*

Verf. wünscht die italienischen Fachgenossen mit dieser Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose, deren Vortheile er an der Hand einiger Fälle erörtert, bekannt zu machen. Verf. hat sich sowohl der energischen Cauterisationen nach **Mermod** wie des Tiefenstichs nach Grünwald, je nachdem ihm die eine oder die andere Methode in dem betreffenden Fall mehr angezeigt schien, bedient. Er hält die erstere indicirt bei ulcerativen und neoplastischen Formen, die zweite dagegen bei Infiltraten. Er meint, die besten Resultate werde man durch geeignete Combination beider Methoden erzielen.

Zum Schluss plaidirt Verf. dafür, dass die von Roepke (Zeitschr. f. Tuberculose, Bd. XIII, Heft 1, 1908) vorgeschlagene Classification der Larynxtuberculose allgemeiner eingeführt und mit der Turban-Gerhard'schen Classification der Lungenphthise combinirt angewandt werde. FINDER.

94) **John Tillman** (Schweden). **Ueber Sonnenlichtbehandlung und die übrigen phototherapeutischen Methoden bei Larynxtuberculose. (Om solljusbehandlingen och öfriga fototerapeutiska metoder vid struptuberkulos.)** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Verf., der Director eines Volkssanatoriums im nördlichen Schweden ist, hat nach Angaben von Sorgo, Kunwald, Jessen u. a. einige Fälle von Larynxtuberculose mit Sonnenlicht behandelt. Betreffend die Verwendbarkeit der Methode

sagt Verf., dass sie leicht zu lernen ist und dass sie lästige Erscheinungen niemals hervorruft.

Fall 1. 30jährige Frau, am 31. März 1905 in das Sanatorium aufgenommen, am 9. September entlassen. Kleine Infiltration in der linken Lungenspitze, der freie Rand der Epiglottis infiltrirt, uneben und leicht ulcerirt; die Schleimhaut der Regio interaryt. geröthet und angeschwollen, besonders links; am linken Taschenband ein grauweisses Infiltrat, von dem das linke Stimmband vollständig bedeckt ist. Ende April wurde die Heliotherapie eingeleitet, und zwar mit dem Erfolg, dass nur eine geringe Unebenheit der Epiglottiswand, eine geringe Anschwellung des Lig. ary-epigl., eine sehr kleine Verdickung des linken Taschenbandes und eine leichte Anschwellung und Röthe des linken Stimmbandes zu constatiren war. Die linke Lungenspitze physikalisch unverändert. Die Patientin wurde später mehrmals untersucht und noch im October 1908 konnte die Heilung ihres Larynx constatirt werden.

Fall 2. Gemeindeschullehrer, 27 Jahre, wurde zum zweiten Male am 31. Januar 1906 in das Sanatorium aufgenommen; beide Lungen im Stadium II. Der Kehlkopf, der früher gesund gewesen war, zeigte jetzt folgende Veränderungen: der obere Theil der Epiglottis geröthet und geschwollen, am freien Rand und an der hinteren Fläche mehrere Geschwüre, oben und tiefer unten eine 10 pfennigstückgrosse Ulceration. Vom 10. März an mit Sonnenlicht (nach Sorgo) behandelt, und bei der Entlassung (am 29. Juni 1906) sah der obere Theil des Kehldeckels gesund aus; die tiefer sitzenden Geschwüre waren noch unverändert. Der Patient behandelte sich später zu Hause mit dem Erfolge, dass der Kehldeckel am 5. Juni 1907 geheilt war. Die Heilung dauerte noch im October 1908 an.

Fall 3. 21jährige Frau. Tuberculosis pulmon. sin. et laryngis seit dem Winter 1905; seit Februar 1906 Kehlkopf vom Specialisten behandelt; in das Sanatorium am 26. März aufgenommen, entlassen am 16. October. Die Larynxschleimhaut überall geröthet; an der hinteren Wand eine 10pfennigstückgrosse Prominenz ohne deutliche Ulceration: beide Taschenbänder infiltrirt, rechts davon eine Erosion; die Stimmbänder sehen gesund aus. Vom 10. April bis 15. October Sonnenlichtbehandlung: die Infiltration der Taschenbänder und der hinteren Wand bedeutend vermindert. Die Besserung dauerte bis zum Februar 1908, wo die Patientin sich Influenza zuzog. Der Zustand der Lungen, sowie der des Kehlkopfes verschlimmerte sich allmählich. Bei der zweiten Aufnahme (am 21. October 1908) zeigte sich in der Regio subglottica ein vom rechten Stimmbande ausgehendes, theilweise ulcerirtes Infiltrat. Durch eine allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung, durch Schweigen in Verbindung mit Sorgo-Sitzungen gingen die Veränderungen im Kehlkopf nach 2—3 Monaten zurück.

Fall 4. Ingenieur, 35 Jahre. Aufgenommen am 16. December 1905, entlassen am 3. October 1906 (Stadium III, Turban). Aphonie; Introitus laryngis etwas geröthet, beide Stimmbänder mit Pseudoulcerationen; an der hinteren Wand infiltrirt. Sonnenlichtbehandlung: Nach einem Monat Stimme fast klar, die Stimmbänder etwas trübe, die Geschwüre geheilt. Am 29. September 1908 schreibt Patient: „Der Kehlkopf normal, die Stimme nach Erkältung etwas belegt; keine Schmerzen; keine Behandlung.“

Seine Erfahrungen fasst Verf. dahin zusammen: Die Heliotherapie kann gute Erfolge, ja dauernde Heilung auch bei grossen, aber nicht zu diffusen Infiltrationen geben; sie ist ein werthvolles Hülfsmittel, besonders bei solchen Fällen, wo die so wichtige allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung durchgeführt werden hann.

Die übrigen phototherapeutischen Methoden sind vom Verf. nur flüchtig erwähnt.

E. STANGENBERG.

95) **P. Gerber** (Königsberg). **Zur Behandlung der tuberculösen Epiglottis.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 739. 1909.*

G. empfiehlt an der Hand von 3 Fällen bei Tuberculose des Kehldeckels die Anwendung der kalten Schlinge. Schmerzen, Blutung, nachträgliche Reaction sind gering und in Folge dessen der Erfolg rasch eintretend.

Von der Tracheotomie zur „Ruhigstellung des Kehlkopfes" hat G. keinen Erfolg gesehen.

OPPIKOFER.

96) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Primärer Kehlkopflupus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 487. 1908.*

Nachdem Verf. auf die Art der Infection und die subjectiven Beschwerden beim Kehlkopflupus eingegangen, schildert er ausführlich zwei von ihm selbst beobachtete typische Fälle, von denen der erste so milde verlief, dass eine active Therapie nicht nöthig wurde. Die Prominenzen schwanden grösstentheils auf dem Wege der Resorption. In diesem Falle waren Epiglottis, aryepiglottische Falten, Taschenbänder und die Regio hypoglottica ergriffen, die Stimmlippen dagegen freigeblieben.

Weit schwerer ist der zweite Fall, der ein relativ ungünstiges Resultat — Stimmverlust und Athemstörung — herbeiführte.

Hier ist die Narbenbildung stark ausgesprochen, wodurch sich ein Diaphragma in der Stimmbandregion bildete, das für Stimme und Athmung grossen Schaden brachte. Bei beiden Fällen fiel die conjunctivale Tuberculinreaction positiv aus.

Zum Schlusse bespricht Verf. die Differentialdiagnose, besonders gegen Papillom, Lues und Tuberculose und macht dann noch einige Bemerkungen in Bezug auf die Behandlung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

97) **Howard Fox. Ein Fall von Lepra des Kehlkopfs. (A case of laryngeal leprosy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Pat. ist 23 Jahre alt; er ist in Trinidad geboren und kam mit 12 Jahren nach Amerika. Bald nachdem er sich in Brooklyn ansässig gemacht hatte, traten die ersten Hauterscheinungen auf. Vor 3—4 Jahren wurde er heiser; er wurde mit Chaulmoograöl behandelt, das ihm gut that, und als schwere Dyspnoe auftrat, mit Cocainspray.

Zur Zeit besteht — ausser den typischen Veränderungen an der äusseren Haut — atrophische Rhinitis, Perforation des Septum, tiefe Ulcerationen des harten Gaumen und Pharynx; die Epiglottis besteht auf der einen Seite aus einer unregelmässigen geschwollenen Masse, die auch Untersuchung des Kehlkopfraumes unmöglich macht und Dyspnoe verursacht.

EMIL MAYER.

98) **W. Albrecht** (Berlin). **Bemerkungen über Pachydermia diffusa laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 475. 1908.*

Beschreibung eines seltenen Falles von Pachydermia laryngis, bei dem beide Stimmlippen in ihren vorderen Parthien bis zu etwa zwei Dritteln mit weissen, kreidigen, den freien Rand etwas überragenden, glatten Massen bedeckt waren, welche membranartig den Stimmlippen auflagen und denselben fest anhafteten. Die Stimmlippen selbst waren dunkelroth und infiltrirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab starke Epithelvermehrung und Verhornung. Der Befund entspricht dem an der Leiche bei vorhandener Pachydermie stets wahrnehmbaren Bilde. A. glaubt, dass es sich hier um eine ungewöhnlich stark ausgeprägte Form einer bei jeder Pachydermie vorkommenden, am Lebenden jedoch makroskopisch nicht nachweisbaren Erkrankung handelt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Lemaitre** und **Lecomte. Larynge-Typhus. (Laryngo-typhus.)** *Société anatomique. 13. December 1907.*

Der Fall hatte die Tracheotomie erfordert. Primäre Perichondritis, Nekrose der Aryknorpel; beiderseits Fisteln im Niveau des hinteren Ansatzes der Stimmbänder. GONTIER de la ROCHE.

100) **H. S. Birkett** und **H. S. Muckleston. Ein Fall von Perichondritis des Larynx im Verlauf von Typhus. (A case of Perichondritis of the Larynx occuring during the course of Typhoid fever.)** *Mon'real Me lical Journal. August 1907.*

Er kam zur Tracheotomie. Die Stimmlippen lagen in der vorderen Hälfte aneinander, in der hinteren Hälfte waren sie nur wenig beweglich. Man sah die subglottische Gegend durch eine symmetrische Schwellung auf beiden Seiten verengt. Eine operative Behandlung wurde nicht für angezeigt gehalten.

EMIL MAYER.

101) **W. Rieser. Kehlkopfcomplication bei Typhus. (Laryngeal complications of typheid fever.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1908.*

B. findet Mittheilungen über fast 300 Fälle. Folgendes betrachtet er als ätiologische Momente: 1. Reibung und Reizung durch Phonation und Schluckakt nebst constantem Husten etc., dies auf einer Schleimhaut, die zu einem an allgemeiner Typhustoxaemie leidenden Organismus gehört. 2. Eine Schleimhaut selbst in einem Zustand katharrhalischer Entzündung mit geschwollenem Oberflächenepithel. 3. Thermische Einflüsse, Hitze oder Kälte oder beides in rascher Folge. 4. Bacterien, indem das lymphoide Gewebe an allen Theilen des Organismus der primären Invasion des Typhusbacillus ausgesetzt ist. 5. Ausbreitung der pharyngealen Affection bei Parotitis mit Infiltration der ary-epiglottischen Falten. 6. Der dorsale Decubitus. LEFFERTS.

102) **Lahaussois, Sargnon** (Lyon). **Laryngotyphus; Canülenträger; Besserung durch Caoutschoucdilatation. Polypoide subglottische Degeneration. Laryngostomie. Heilung. (Laryngotyphus; canulard; améliorisation par la dilatation caoutchoutée. Dégénérescence polypoide sous-glottique. Laryngostomie. Guérison.)** *Lyon Médical. 28. März 1909.*

Titel besagt den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.



103) **L. Simkó** (Budapest). **Cyste des Kehldeckels.** *Orvosi Hetilap. No. 21. 1909.*

Die nussgrosse Cyste sass auf der rechten vorderen Fläche des Kehldeckels. Punction. Entfernung eines Theils der Cystenwand. v. NAVRATIL-POLYAK.

104) **Henry Swain. Cysten, Abscesse und Oedem der Epiglottis. (Cysts, abscesses and edema of the epiglottis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. unterscheidet verschiedene Typen der Entzündung: Die Branchialcysten mit recurrirender Erweiterung, Oedem der Epiglottis mit Abscessbildung, und das flüchtige Oedem, wie es bei Entzündungen im Halse auftritt; er bespricht die differentielle Diagnose gegenüber der Perichondritis bei Typhus, sowie bei Tuberculose und Syphilis, ferner das Oedem bei Allgemeinerkrankungen, Verbrennungen und anderen Traumen. EMIL MAYER.

105) **F. Massei. Riesengeschwülste des Kehlkopfs. (Tumori gigantei della laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. IV. 1908.*

**Giant tumors of the Larynx.** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. bezeichnet als „Riesengeschwülste des Kehlkopfs" Tumoren, gutartige wie bösartige, die infolge ihrer enormen Grösse schon an sich, ohne Rücksicht auf ihren histologischen Charakter eine Lebensgefahr darstellen. Er hat dabei besonders gewisse Haemoangio-Endotheliome, die in Begleitung von Sarcomatose der Haut auftreten, sowie manche isolirte Carcinome des Kehlkopfinnern im Auge. Bei den gutartigen Tumoren empfiehlt er — eventuell nach vorausgegangener Tracheotomie — die endolyngeale Operation. FINDER.

106) **Harmon Smith. Multiple Papillome des Kehlkopfs bei Kindern. (Multiple papilloma of the Larynx in children.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Verf. räumt unter den ätiologischen Momenten der Syphilis eine Rolle ein und behauptet, dass die Geschwülste oft unter Anwendung von Jodkali verschwinden. Er bespricht das klinische Bild und die Diagnose der Papillome und sagt wohl nicht mit Unrecht, dass gewiss schon mancher Fall von Papillomen für Croup gehalten wurde.

Was die Behandlung anbelangt, so ist Verf. ein Gegner der Thyreotomie bei Kindern. Die Tracheotomie ist natürlich indicirt bei bestehender Athembehinderung, aber auch, wenn intralaryngeale Eingriffe unmöglich sind, sowie in Fällen von sehr schneller Recidivbildung.

Verf. hat — da er Hautwarzen nach der Anwendung von Castoröl hat verschwinden sehen — auch bei Larynxpapillomen täglich einige Tropfen in den Kehlkopf injicirt; er ist aber bisher mit dieser Behandlung zu keinem definitiven Resultat gelangt. EMIL MAYER.

107) **L. Rosa H. Gantt. Bericht über einen Fall von Angio-Myxo-Sarkom des Kehlkopfs. (Report of a case of Angio-Myxo-Sarcoma of Larynx.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Ein 67jähriger Mann zeigte einen grossen Tumor, der fast das Lumen aus-

füllte. Operation wurde vom Patienten verweigert. Einige Tage später wurde nach einem sehr heftigen Hustenanfall ein ca. 5 cm langes und 1 cm dickes Stück des Tumors ausgehustet. Der Tumor entwickelte sich aber so rasch, dass er bereits nach einer Woche so gross war wie vorher. Eine Operation von aussen wurde angerathen, kam aber nicht zur Ausführung. Ein Stück wurde per vias naturales entfernt. Pat. starb kurz darauf.

EMIL MAYER.

108) **John Murphy. Kehlkopftumor; Tracheotomie und Thyreotomie. (Laryngeal tumour; tracheotomy and thyreotomy.)** *Intercolonial Medical Journal (Melbourne). 20. Mai 1909.*

Es handelte sich um ein Fibro-Myxom, das sehr gross war und von der Unterfläche des linken Stimmbandes ausging. Verf. war der Ansicht, dass eine endolaryngeale Operation nicht angängig war, da eine Verletzung der Stimmbänder nicht zu vermeiden gewesen wäre. Es wurde also die Tracheotomie und Thyreotomie unter lokaler Anästhesie gemacht und auf diese Weise der Tumor entfernt.

A. J. BRADY.

109) **Richard H. Johnston. Die Entfernung von Kehlkopftumoren mit directer Laryngoskopie. (The removal of laryngeal tumors by direct Larynscopy.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Es handelte sich um einen subglottischen Tumor, der unter directer Laryngoskopie entfernt wurde.

EMIL MAYER.

110) **St. Clair Thomson. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the Larynx.)** *N. Y. Medical Record. 5. September 1908.*

Es giebt keine Stelle im Organismus, wo der Krebs bessere Chancen für die Heilung giebt, als das Innere des Larynx, ebenso wie es keine ungünstigere Lokalisation giebt, als wenn die Neubildung aussen am Kehlkopf sitzt. Es folgt daraus die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose.

LEFFERTS.

111) **Tapia** (Madrid). **Ein Fall von halbseitiger Kehlkopfexstirpation wegen Krebs. (Un caso de laringuectomia parcial [hemitirectomia] por cancer.)** *Revista Clinica de Madrid. Februar 1908.*

Verf. betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose für den Erfolg der Radicaloperation. Es handelte sich um einen 64jährigen Mann mit Aphonie, Tumorbildung am linken Stimmband und Immobilisation desselben. Histologische Untersuchung ergiebt Carcinom. Operation in zwei Zeiten: I. Tracheotomie, II. 14 Tage später Exstirpation der linken Schildknorpelplatte mit dem Tumor. Heilung mit fast normaler Stimme.

TAPIA.

112) **Sendziak. Behandlung des Kehlkopfcarcinoms. (Letschenie raka gortani.)** *Jeshemesjatschnik. Bd. 2. p. 377.*

S. resumirt seine kurze Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Operative Behandlung giebt 26 pCt. Heilungen.

2. Die Resultate sind nach dem Jahre 1888 noch besser, nämlich 32,6 pCt. mit gutem Ausgange.

3. Dasselbe bezieht sich auf die Recidive wie auch auf den tödtlichen Ausgang.

4. Laryngofissur giebt die besten Resultate — ungefähr 50pCt. Heilungen. —

5. Bezüglich der Recidive giebt die Exstirpation des Kehlkopfes die besten Resultate.

6. Die direkte Lebensgefahr nach der Layngofissur als solcher beträgt nach 1888 nur 2,5 pCt.

P. HELLAT.

113) **Harmon Smith. Ein Fall von Kehlkopfkrebs; Larynxexstirpation nach 12jähriger Beobachtung. (A case of laryngeal carcinoma; Laryngectomy after twelve years observation.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Gleitsmann hatte über diesen Fall bereits vor 12 Jahren berichtet. Man sah damals eine schneeweisse Masse, die entweder dem rechten Stimmband aufsass oder aus dem Ventrikel hervorragte; es sah aus, als ob ein Stück Watte im Ventrikel sässe. Das Hauptinteresse des Falles besteht darin, dass wiederholte Untersuchungen von entnommenen Stücken 12 Jahre später, als der Tumor wieder auftrat, keine Malignität ergaben. Da aber der Patient anfing, Zeichen einer beginnenden Kachexie aufzuweisen, so wurde die Laryngektomie gemacht. Tiefe Einschnitte zeigten jetzt die maligne Natur der Geschwulst. Verf. meint, die gegenwärtige Methode der Stückchenentnahme zur mikroskopischen Diagnose sei ungeeignet und führe zu Irrthümern.

EMIL MAYER.

114) **Portela** (Cadiz). **Eine kleine Modification in der Technik der Thyreotomie. (Una pequana modificacion en la técnica de la tirotomia.)** *Boletina de laringologia. September-October 1908.*

Lokale Anästhesie wird bewerkstelligt, indem durch einen intralaryngealen Einstich durch das Lig. conicum mittels einer Pravaz'schen Spritze Cocain eingespritzt wird.

TAPIA.

## f. Schilddrüse.

115) **K. H. Jones. Acute Thyreoditis. (Acute Thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Mai 1909.*

25jähriger Chinese klagt über Steifigkeit und etwas Schmerzen am Hals, sowie etwas Luftbeklemmung. Nach 3 Tagen erhebliche Schwellung am Halse; man konnte jetzt eine symmetrische Vergrösserung der Schilddrüse constatiren. Leichtes Fieber und erhebliche Dysphagie. Jodpinselungen und Jodkali innerlich wurden verordnet. Heilung in einer Woche.

LEFFERTS.

116) **Notiz des Herausgebers. Einfache acute Thyreoiditis. (Simple acute Thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1909.*

Während Entzündungen der Schilddrüse im Verlauf fieberhafter Erkrankungen als eine bisweilen vorkommende Complication wohl bekannt sind, ist die primäre acute Thyreoiditis sehr selten. Verf. geht von einem durch E. Weber (Revue médicale de la Suisse romande März 1909) berichteten Fall aus. Er hält die Anwendung von Jod für schädlich. Man soll für Desinfection der oberen Speisewege sorgen, da möglicherweise die Entzündung ihren Ursprung in einer unerkannt gebliebenen Halsentzündung hat.

LEFFERTS.

117) **G. E. Pfahler. Eine Zusammenstellung der durch Röntgenbehandlung erzielten Resultate bei Morbus Basedow. (A summary of the results obtained by the x-ray treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 24. October 1908.*

Aus den in der Literatur gesammelten 51 Fällen scheint dem Verf. hervorzugehen, dass 1. in ungefähr 75 pCt. der Fälle entschieden Besserung erwartet werden kann; 2. diese Besserung sich in Gewichtszunahme und Kräftigung und allmählichem Verschwinden der Basedowsymptome äussert; 3. gewisse Besserung im Laufe eines Monats und nach 6—12 Sitzungen constatirt werden kann; 4. bei geeigneter Behandlung keine Gefahr vorhanden ist.

Die Dauer der Resultate ist noch fraglich. Die Berichte liegen vor über eine mehrmonatliche bis drei Jahre lang dauernde Beobachtung. Die harnäckigsten Symptome sind der Schilddrüsentumor und der Exophthalmus. Die Strahlen sollen auf die Schilddrüse gerichtet werden und solange, bis eine leichte Dermatitis auftritt, aber nicht mehr. Verf. meint, die Behandlung verdiene jedenfalls versucht zu werden.

LEFFERTS.

118) **J. C. Price. Die Röntgenstrahlen in der Behandlung des Morbus Basedow. (The x-ray in the treatment of exophalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 20. März 1909.*

Verf. befürwortet die Anwendung der Roentgenstrahlen in den Fällen, in denen der Chirurg die Operation verweigert oder die nicht so schwer sind, dass eine Operation nöthig wäre.

LEFFERTS.

119) **W. Milton Lewis. Ein Fall von primärem Plattenepithelkrebs der Schilddrüse mit Metastasen in Lungen, Lymphdrüsen und Haut. (A case of squamous celled epithelioma, apparently primary in the thyreoid gland. Metastatic growths in the lungs, lymph glands and heart.)** *N. Y. Medical Journal. 24. October 1908.*

Ausführliche Krankengeschichte einer 64jährigen Frau. Aus dem Obductionsbefund geht, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit hervor, dass der primäre Sitz des Tumors in der Schilddrüse war.

LEFFERTS.

## g. Oesophagus.

120) **Guisez** (Paris). **Ueber die Rolle der Aortenaneurysmen in der Aetiologie der Spasmen und schweren Stenosen des Oesophagus. (Du rôle des anevrysmes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'oesophage.)** *Société médicale des hôpitaux. 12. Februar 1909.*

Verf. hat 6 derartige Fälle beobachtet; in 5 sass die Stenose im Niveau des Aortenbogens, in einem im Niveau des Zwerchfells.

Die Wand schien bei der oesophagoskopischen Untersuchung wie durch einen pulsirenden Tumor hochgehoben. Die spastischen Erscheinungen haben hier mehr Bedeutung als die Stenose selbst. In Bezug auf die Dysphagie hat die Compression der Nerven durch den Tumor eine grosse pathogenetische Bedeutung.

GONTIER de la ROCHE.

121) **Lindt** (Bern). **Krankenvorstellung eines 6jährigen Kindes mit Cardiospasmus.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No 21. 1907.*

Der Knabe spie seit den ersten Lebenszeiten stets die feste Nahrung kurze Zeit nach dem Verschlucken wieder aus, war aber dabei munter und gesund, jedoch sehr mager. Das Erbrochene zeigte sich niemals sauer und enthielt nie Magensaft. Rasch ausgeführte Sondirung mit feiner Sonde gelangte bis in den Magen, aber dickere Sonden stiessen auf ein unüberwindliches Hinderniss dicht oberhalb desselben.

Zweimal täglich 0,5 Brom in Codeinsirup und indirecte psychische Beeinflussung heilte das Uebel in einigen Tagen, so dass das Kind bald mit Heisshunger jegliche Nahrung leicht schlucken und bei sich behalten konnte. JONQUIERE.

122) **A. B. C. Ashurst. Strictur der Speiseröhre nebst Bericht über 8 Fälle. (Stricture of the Esophagus with a report of 8 cases.)** *Pennsylvania Medical Bulletin. December 1908.*

Die Fälle sind im Lauf von 12 Jahren im Kinderhospital von Philadelphia zur Beobachtung gekommen. In 7 Fällen handelte es sich um Laugenverätzung. In einem Fall war die Ursache unauffindbar; nach dem Tode fand sich eine indurirte Partie in der Speiseröhre. Das Alter schwankte zwischen 2 und 7 Jahren. In einem Fall trat nach Einführung einer Bougie tödtlich verlaufende Pneumonie ein. 5 Fälle wurden operirt. EMIL MAYER.

123) **Guisez. Fremdkörper durch Oesophagoskopie entfernt. (Corps étrangers enlevés par oesophagoscopie.)** *Soc. méd. de Paris. 27. März 1909.*

Verf. giebt 18 Beobachtungen von verschiedenen mittels der Oesophagoskopie entfernten Fremdkörpern: Knochen, Fischgräten, Münzen, Knöpfe, künstliche Gebisse u. s. w. Er bedient sich mit grossem Vortheil der Tuben mit Dilatationsvorrichtung; sie können an ihrem Ende auseinandergespreizt werden, so dass im Moment der Extraction die Wände geschützt werden. A. CARTAZ.

124) **J. Mc. Coy. Entfernung eines Hindernisses aus dem Oesophagus eines Kindes mittels der directen Oesophagoskopie. (Removal of an obstruction from the esophagus of a child by means of direct esophagoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 1909.*

Es handelte sich um die Entfernung eines in Granulationsmassen eingebetteten Knopfs aus dem Anfangstheil der Speiseröhre. Die Operation wurde in Aethernarkose vorgenommen. Das Kind starb am 4. Tage darauf an einer Pneumonie. EMIL MAYER

125) **Villalonga. Zwei Fälle von Oesophagotomie zur Extraction eines Fünfcentimestücks; Naht des Oesophagus. (Dos casos de esofagotomia para extraer una moneda de 5 céntimos; sutura del esófago.)** *La Medicine de los ninos. October 1907.*

Mittheilung zweier Fälle. TAPIA.



126) **Rudsit** (Kurland). **Beitrag zur Gastrostomie bei Carcinoma oesophagi.** *Dissert. Bern 1908.*

37 Fälle aus der chirurgischen Klinik, unter Berücksichtigung des postoperativen Verlaufs. Schlüsse:

In der Behandlung des Carcinoma oesophagi steht die Gastrostomie in erster Linie, indem ihr auch eine vorübergehende curative Wirkung zukommt. Am empfehlenswerthesten hinsichtlich der functionellen Resultate ist die Bildung eines Schrägkanals mittels Verlagerung des M. rectus abdomin. zur Erzielung eines muskulösen Verschlusses.

JONQUIÈRE.

127) **Nathan W. Green. Künstlicher intrapulmonaler Druck; Anwendung auf die Chirurgie der Speiseröhre. (Artificial intrapulmonary pressure; application to surgery to the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juni .1908.*

Für Operationen in der Brusthöhle braucht die Druckdifferenz nur ungefähr 7 mm Hg zu betragen. Ob der Druck negativ oder positiv ist, hält Verf. für praktisch nicht so wichtig; die Hauptsache ist, eine Methode ausfindig zu machen, um die Druckdifferenz erhalten und in Anwendung bringen zu können. Verf. hat sich bei seinen Experimenten des intermittirenden positiven Druckes bedient, der direkt durch einen intralaryngealen Tubus in die Lungen geführt wurde. Er hat so verschiedene Operationen des Oesophagus an Versuchsthieren ausgeführt, z. B. Durchschneidung des stomachalen Endes und Implantation desselben an eine andere Stelle der Cardia, die durch eine Oeffnung im Zwerchfell nach oben gezogen wurde.

LEFFERTS.

---

## II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Patrick Watson Williams** (Bristol). **Suppurative diseases in the nose and ear with special reference to some newer methods in treatment.** Long Fox Lecture. Bristol. Arrowsmith. 1908.

Es wird zuerst ein Ueberblick über die Anatomie der Nebenhöhlen mit besonderer Berücksichtigung von deren Erkrankungen und ihren Complicationen gegeben, und es folgt dann ein Capitel über die chronischen Eiterungen. Interessant ist ein Fall, in dem auf Grund von starken Schmerzen, die in das Ohr localisirt wurden, dies aber völlig gesund befunden wurde, eine Eiterung der Keilbeinhöhle diagnosticirt worden war; sonstige auf eine Erkrankung der Höhle zu beziehende Symptome waren sehr unbestimmt. Der Patient erkrankte dann an Influenza und Cerebrospinalmeningitis; die Section ergab, dass in dem entsprechenden Sinus cavernosus eine Eiterung bestand. Ferner wird ein Fall von Keilbeineiterung mit Thrombose des Sinus cavernosus und Exophthalmus beschrieben.

Verf. führt einige Beispiele von Hypertrophie der äusseren Nase und Oberlippe nach recidivirendem Erysipel in Folge von Nebenhöhleneiterung an.

Zur Erklärung der Pathogenese der Nasenpolypen stellt Verf. folgende Theorie auf: Die pathogenen Organismen dringen in das Epithel und in die Lymphräume ein und werden zu den kleinen Lymphgefässen gebracht, wo sie mit

oder ohne Entstehung einer Lymphangitis eine Lymphstauung verursachen. Da die Blutzufuhr ungestört bleibt, die secretorische Function der Schleimhaut andauert, so wird die in die Lymphräume ergossene Flüssigkeit nicht entfernt und staut sich. Geht dies nahe der Oberfläche vor sich, so sieht man eine entsprechende Vorwölbung des Epithels sich erheben; geschieht es tiefer in der Mucosa, so entsteht ein blasser Bezirk im ödematösen Bindegewebe. Mit Zunahme der Stauung beginnt die dem behinderten Lymphabfluss entsprechende Region sich emporzuheben, bis sich ein kleiner Polyp bildet. Hört die Zufuhr von infectiösem Material auf, und stellt sich die Lymphcirculation wieder her, so kann der Polyp verschwinden; bleibt aber das Lymphgefäss verlegt, so wächst der Polyp. Da es sich bei Bildung jedes Polypen nur um einen umschriebenen Bezirk von Lymphgefässen handelt, so haben sie, wie gross sie auch sein mögen, nur einen verhältnissmässig schmalen Stiel.

In dem Capitel über Therapie werden einige interessante Fälle von Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen mit opsonischen Vaccinen mitgetheilt.

Was die Radicaloperationen betrifft, so macht er bei dem Highmorshöhlenempyem mit einer besonderen Trephine (angefertigt von Mayer und Meltzer) ein grosses Loch — von der Grösse eines Sixpennystückes — in der Fossa canina. Von dieser Oeffnung aus kann die Höhle genau inspicirt werden. Dann wird die Trephine gegen den vorderen Theil der lateralen Sinuswand, der dem unteren Nasengang entspricht, angedrückt, durch den in der Nase eingeführten Finger das Septum geschützt und nun eine Oeffnung nach der Nase zugemacht, die vollkommen rund ist, glatte Ränder hat. Die Knochenscheibe und der entsprechende Theil der unteren Muschel bleiben in der Trephine stecken. Es ist eine leichte Operation, die den Vortheil hat, dass so wenig gesundes Gewebe wie möglich fortgenommen wird.

Bei Pansinusitis macht Verf. eine osteoplastische Operation, die freien Zugang zu den Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle sowie zu der Stirnhöhle gestattet, bei der aber keine Depression oder sonstige Entstellung zurückbleibt.

Es wird eine Incision längs der Augenbraue gegen die Nasenwurzel hin gemacht, von da aus nach unten direct längs der Mittellinie. Haut, Weichtheile und Periost werden über der Vorderwand der Stirnhöhle, deren Grösse vorher radiographisch festgestellt werden kann, nach oben geschoben und die Vorderwand bis 3—4 mm über dem Boden fortgenommen. Nachdem soviel von dem Boden, als nöthig erscheint, fortgenommen worden ist, wird eine zweite, ca. 2 cm lange Incision längs des inneren unteren Orbitalrandes gemacht, durch die die Fossa lacrymalis freigelegt wird, der Ductus wird nach aussen geschoben und dann mit Meissel und Hammer eine Oeffnung nach der Nasenhöhle geschaffen. Durch die Nase wird eine feine Säge eingeführt, die durch jene Oeffnung herausgeführt wird und der Processus nasalis des Oberkiefers durchgesägt; ein zweiter Sägeschnitt wird vom Sinus frontalis nach unten zu der Fossa lacrymalis geführt, der den Knochen von hinten nach vorne durchtrennt und die Weichtheile intact lässt. Wird der Processus nasalis des Oberkiefers von hinten her durchsägt, so wird die Art. facialis nicht durchtrennt und die Hauptblutzufuhr zu dem Lappen nicht aufgehoben. Die erste Incision wird dann mittels einer Säge vervollständigt; er geht

grade durch in den Ductus naso-frontalis nach unten, so dass das Nasenbein nahe der Mittellinie, aber noch nach aussen von seinem Ansatz am Septum durchtrennt wird. Der osteoplastische Lappen wird dann nach aussen geklappt; man hat freien Zugang zu der naso-frontalen Region und den Siebbeinzellen, die leicht — wenn nöthig — ausgekratzt werden können, ebenso wie das Keilbein. Die ganze eiternde Stirnhöhlenschleimhaut wird — wenn es sich um ein Empyem handelt, ausgekratzt und alle Fetzen entfernt. Der osteoplastische Lappen wird dann reponirt und die Incisionen vernäht. Verf. fügt Abbildungen von Patienten bei, die sich dieser Operation unterzogen haben, um das Fehlen jeder Entstellung zu zeigen.

Für die Keilbeinhöhle braucht Verf. einen dünnen, stumpfen Troikart und Canüle, woran eine Spritze angefügt wird, mit der zu diagnostischen Zwecken der Inhalt der Höhle aufgesaugt werden kann; eine Entfernung des Endes der mittleren Muschel ist dazu nicht nöthig. Autoreferat.

b) **André Castex** und **Lubet-Barbon. Oto-Rhino-Laryngologie.** Baillières et fils. Paris 1909.

Dies Compendium der Oto-Rhino-Laryngologie ist ein Theil der Traité de Chirurgie, dessen Herausgabe von A. Le. Dentu und Pierre Delbet besorgt wird.

Der erste Theil, der die Erkrankungen der Nasenhöhle und des Ohres behandelt, hat Castex zum Verfasser; alle unsere Kenntnisse über interessante Fragen in der Oto-Rhinologie kommen in trefflicher Weise zur Darstellung. In der üblichen Weise werden erst die verschiedenen Untersuchungsmethoden abgehandelt und dann die einzelnen Erkrankungen geschildert.

Der Abschnitt „Laryngologie“ ist von Lubet-Barbon verfasst und zeichnet sich durch Klarheit, Genauigkeit und Reichhaltigkeit des klinischen Theiles aus.

Das Buch ist besonders für den allgemeinen Praktiker berechnet; er wird darin alles finden, was er für die Bedürfnisse der Praxis braucht. Auch der Specialist wird das Buch, das die Ergebnisse einer reichen Erfahrung enthält, mit Vergnügen lesen. E. J. Moure.

c) **Chauveau. Les maîtres de l'école de Paris.** J. B. Baillière et fils. Paris 1909.

Vorliegendes Buch bildet eine interessante historische Studie über die ältere französische Literatur der Halskrankheiten. Die verschiedenen Autoren aus der Mitte des letzten Jahrhunderts passiren nacheinander Revue. Eine besondere Erwähnung verdient Lassègue, der, wie erinnerlich, eine interessante Abhandlung über Anginen veröffentlichte, in der eine detailirte Schilderung der ganzen Pathologie der Rachenhöhle vom klinischen Standpunkt aus gegeben wird. Die Schilderungen Lassègue's sind, besonders in Bezug auf die Anginen der Eruptionsfieber, klassisch geblieben.

Man findet ferner in diesem Buch auch die Namen: D'Andral, Nelaton, Dupuytren und viele Andere, die der Medicin in Frankreich während des letzten Jahrhunderts zur Zierde gereicht haben.

Wer sich für die Geschichte unserer Disciplin interessirt, muss das Buch von

Anfang bis zu Ende lesen: er wird aus dieser Lectüre sicheren Nutzen ziehen. Er wird auch sehen, dass nicht alles neu unter der Sonne ist, was dafür ausgegeben wird und dass unsere Vorgänger, obwohl sehr unzureichend ausgerüstet, doch im Stande waren, einen Krankheitsfall zu studiren und das Vorhandensein von Erkrankungen zu vermuthen, die sie nicht zu Gesicht bekommen konnten.

Wir sind Chauveau für diese retrospective Studie, durch die unsere Erinnerung an viele leider heute in Vergessenheit gerathene Arbeiten wieder wachgerufen wird, den grössten Dank schuldig. E. J. Moure.

### d) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

London, Sitzung vom 12. Juni 1908.

Vorsitzender: J. Ball.

Wahl des Vorstandes:

Vorsitzender: Dr. Dundas, Grant.

Stellvertretende Vorsitzende: Baltham Robinson, Charters Symonds; Dr. Watson Williams, Woods.

Schriftführer: Dr. Cathcart, Dr. Atwood Thorne.

Watson Williams: Bösartige Geschwulst des Septum und Nasenrachens, mittels osteoplastischer Operation von aussen entfernt.

Es handelte sich um eine 25jährige Frau. Ausgedehnte Infiltration des Septum und des Nasenrachendachs durch ein Rundzellensarkom mit starken Nasenblutungen. Es wurde durch Bildung eines osteoplastischen Lappens von der linken Seite her Zugang geschaffen. Die Incision ging längs des vorderen Randes des Nasenbeins und in die Nase hinein hinter diesen Knochen. Eine zweite Incision wurde gemacht, um Zugang zur Fossa lacrymalis zu schaffen, eine dünne Säge durch die Nase und durch die Fossa lacrymalis gezogen, der Processus nasalis des Oberkiefers durchtrennt, ohne dass die darüber liegenden Weichtheile verletzt wurden. Die beiden Nasenbeine wurden von dem Stirnbein mit dem Meissel getrennt, nachdem ein Horizontalschnitt gemacht war, der die beiden ersten Incisionen miteinander verband. Der osteoplastische Lappen wurde nach unten und aussen geklappt. Es wurde so ein ausgezeichneter Zugang geschaffen und der Operateur konnte das Septum, die Siebbeinzellen und die Nasenrachengeschwulst vollkommen entfernen. Der Lappen wurde reponirt und genäht, die Heilung ging ohne Zwischenfall vor sich; es blieb keine Deformität. Bisher kein Recidiv.

De Santi und Mc. Bride beglückwünschen den Vortragenden zu der gelungenen Operation.

Stuart Low erzielte in einem ähnlichen Fall ein gutes Resultat, indem er die innere und äussere Wand des Antrum und den Processus frontalis des Oberkiefers und das Nasenbein entfernte, nachdem der für die Oberkieferresection übliche Schnitt gemacht war.

Waggett bevorzugt die Operation nach Rougé als einfacher und sehr praktisch.

Watson Williams: Kehlkopferkrankung (zur Diagnose). (Vorgestellt in der Decembersitzung).

24jähriger Mann. Infiltration des linken Taschenbandes von zweifelhafter Natur, die auf die rechte Seite überging und im Februar die Tracheotomie nothwendig machte. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts von Tuberculose oder Syphilis. Keine Tuberkelbacillen. Calmettereaction 4mal negativ. Keine Resultate mit Antisyphiliticis. Bisweilen Temperatursteigerung.

Sir Felix Semon führt Chiari's Fall von Epitheliom bei einem 16jährigen Mädchen an. Wenn keine maligne Erkrankung vorliegt, so kann es ein dunkler Fall von Perichondritis sein.

Jobson Horne fand in dem mikroskopischen Präparat Zeichen von Malignität.

Watson Williams: Skiagramm der Nasennebenhöhlen.

Tilley: 1. Grosser postnasaler vom Siebbein ausgehender Polyp bei einem 10jährigen Knaben. Entfernung.

Die Kieferhöhlen waren nicht erkrankt. Es fanden sich auch noch andere Polypen.

2. Subglottische Hyperplasie mit erheblicher Verengerung der Luftwege.

34jährige Frau, Singalesin. Es bestehen seit 13 Jahren Athembeschwerden. Keine Anzeichen von Syphilis.

Sir Felix Semon regt, da die Patientin, seitdem der Bericht eingegangen ist, an einer intercurrenten Erkrankung gestorben ist, an, eine Untersuchung auf Sklerom zu machen, da es bekannt ist, dass Singalesen von dieser Krankheit befallen werden.

Cargill, William Turner und St. Clair Thomson: Abscess des linken Stirnlappens von einem Empyem der linken Stirnhöhle ausgehend.

31jähriger Mann, wurde 21 Tage nach einer Influenza mit 37,8° Temperatur und linksseitiger Orbitalphlegmone eingeliefert. 14 Tage nach der Incision traten Cerebralsymptome auf mit ausgesprochener Neuritis optica. Turner eröffnete die linke Stirnhöhle, entfernte die erweichte hintere Wand und entleerte aus dem linken Stirnlappen Eiter. Culturversuche ergaben Reinculturen von Staphylococcus aureus. Die Neuritis optica ging zurück und es trat Heilung ein. Es war niemals in der Nase Eiter vorhanden gewesen. Es handelte sich also um einen Fall von acuter geschlossener eitriger Sinusitis.

Scanes Spicer betont die Möglichkeit einer Infection auf dem Blutwege, da sich kein Eiter in der Nase fand.

Stuart Low macht auf eine Verbiegung der Scheidewand aufmerksam, durch die die oberen Theile der linken Nasenhöhle verlegt werden.

St. Clair Thomson bespricht den Zusammenhang von Keilbeinerkrankung mit Thrombose des Sinus cavernosus, von Siebbeinempyem und Meningitis, vom

Stirnhöhlenempyem und Stirnlappenabscess. Es citirt einen Fall von gekreuztem Stirnlappenabscess.

Tilley erwähnt einen Fall von Stirnlappenabscess nach Stirnhöhlenempyem.

William Turner hat einen Fall operirt, in dem psychische Depression, subnormale Temperatur, doppelseitige Neuritis optica bestand und eine Fistel an der Stirne war, die auf cariösen Knochen führte. Auch war doppelseitige Ptosis vorhanden und die Hautvenen an der Stirn waren angeschwollen.

St. Clair Thomson: 1. Fälle vom Keilbeinhöhlenempyem.

Vier Fälle von geheiltem Keilbeinempyem. In jedem Fall war die Keilbeinhöhleneiterung ein Theil der Pansinusitis.

Der todte Raum zwischen der Spange und der hinteren Stirnhöhlenwand, der nach der Killian'schen Operation bleibt, bildet Gegenstand einer Discussion.

2. Starke Nasenscheidewandverbiegung. 3. Skiagramme der Keilbeinhöhlen.

Stuart Low: Operation der Angina Ludovici bei einer Frau mittleren Alters.

Es wurde ein tiefsitzender Abscess gefunden, der einen Speichelstein enthielt.

Mc Bride erhebt Einspruch gegen die Bezeichnung „Angina Ludovici"; es handele sich um eine durch einen Speichelstein verursachte Phlegmone.

Dan Mc Kenzie: Maligne Kehlkopferkrankung.

Jobson Horne: Pathogenese der Pachydermia laryngis verrucosa und diffusa.

Fünf Präparate, die zur Illustration der vom Vortragenden vertretenen Ansicht (Lancet 1899) dienen sollen, dass eine Epithelhyperplasie im Kehlkopf nicht immer als ein besonderes Ding für sich betrachtet werden könne. Sie könne eine locale Erscheinung einer allgemeinen Fibrose, einer allgemeinen Infection, wie Syphilis, einer örtlichen Erkrankung (Epitheliom) darstellen oder sie könne einen conservativen Vorgang bilden, um das Organ zu schützen und eine darunter sich abspielende Krankheit, z. B. Tuberculose, aufzuhalten. Die Serie von Präparaten illustrirt diese verschiedenen Bedingungen.

Sir Felix Semon: Hysterie mit sehr ungewöhnlichen Kehlkopferscheinungen.

28jährige Schullehrerin, die vor 14 Monaten in Folge von Ueberanstrengung verschiedene nervöse Erscheinungen an den Gliedmaassen zu zeigen begann. Später fing sie an zu stammeln; nach Application des faradischen Stroms auf den Hals wurde sie absolut stumm und blieb es zwei Monate lang, trotzdem sie sich alle Mühe gab, zu phoniren.

Um ihre Aufmerksamkeit abzulenken, wurden Manipulationen mit ihrer Zunge vorgenommen. Es trat plötzlich die Sprache wieder auf, die aber einen schreienden Charakter hatte und von lebhaften Verzerrungen des Gesichts begleitet war. Die Sprache war so, wie sie bei multipler Sklerose zu sein pflegt; die Aehnlichkeit fiel besonders auf, da Patienten mit letzterer Erkrankung auf derselben Abtheilung sich befanden.



Die Kehlkopfuntersuchung zeigte heftige Contraction des Vestibulum laryngis bei jedem Phonationsversuch. Es werden ähnliche Fälle von abwechselndem Spasmus und Paralyse angeführt.

Der Vorsitzende hat einen Fall von hysterischer Stummheit dadurch geheilt, dass er einfache Worte, wie „yes" und „no" aussprechen liess. In einem anderen Fall trat die Sprache wieder auf, als eine Mineralwasserflasche zersprang.

Sir Felix Semon: Fall einer Combination von Tuberculose und Syphilis im Kehlkopf (?).

44 jähriger Mann, der im Jahre 1902 Schwellung und Ulceration der rechten Aryknorpelgegend und der Stimmbänder zeigte, die den Eindruck einer tuberculösen Affection machten. Trotz des Fehlens von anamnestischen Angaben betreffend Syphilis, wurde doch eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Allmähliche Besserung. Nach einer Inunctionscur war Patient 5 Jahre lang ohne Erscheinungen. Im April 1908 traten an beiden Aryknorpelgegenden einige Flecke auf, die Condylomata lata ähnelten; auf der Haut entwickelte sich ein verdächtiger Ausschlag. Unter antisyphilitischer Behandlung ging die Affection auf der linken Seite zurück, während sich später in der rechten Arygegend ein ausgedehntes Geschwür entwickelte. Es bestand kein Anzeichen eines Aufflackerns der Tuberculose.

De Havilland Hall berichtet über Fälle von anscheinender Kehlkopftuberculose, die unter Jodkali heilten.

De Santi hat einen ähnlichen Fall von Lungen- und Kehlkopftuberculose mit „Tuberkelbacillen" demonstrirt, in dem sich eine syphilitische Ulceration am Septum entwickelte. Unter Jodkali gingen die Erscheinungen an den Lungen und dem Kehlkopf zurück.

Sir Felix Semon macht auf den variirenden Charakter des Falles aufmerksam. Nach Jodkali nahm das Oedem des Stimmbandes nicht zu.

H. J. Davis: 1. Röntgenaufnahme, den Hajek'schen Haken in der rechten Keilbeinhöhle eines 5 jährigen Mädchens zeigend.

2. Präparate von normaler und hypertrophischer Gaumenmandel beim Schaf.

Die Bilder sind durchaus ähnlich denen beim Menschen.

3. Präparat von einem grossen gestielten Fibrom (Fibromyxom?), vom Nasenrachendach bei einem 9 jährigen Knaben entfernt.

4. Präparat, herstammend von der in der Aprilsitzung vorgestellten Frau, bei der eine Cyste auf dem rechten Nasenboden angenommen wurde.

Es handelte sich um eine solide Geschwulst.

5. Weiterer Bericht über den Fall der in der Märzsitzung vorgestellten 27 jährigen Frau mit fast vollständiger linksseitiger Nasenverstopfung.

Bei der Operation zeigte sich, dass die Verstopfung durch eine weit hinten in der Nase gelegene, möglicher Weise angeborene Schleimhautfalte bedingt war.

**Donelan: Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterung bei einem Patienten mit Gaumenspalte.**

**C. A. Parker: Neubildung der rechten Mandel mit Demonstration mikroskopischer Präparate.**

23 jährige Frau, bei der im August 1907 eine angebliche Hypertrophie der Mandel abgetragen wurde. Ein Recidiv wurde gleichfalls entfernt; die Untersuchung ergab lymphatisches Gewebe. Ein sehr ausgedehntes Recidiv ist eingetreten, das weder auf Arsen, noch auf Jod zurückgeht.

Creswell Baber, Lack, Tilley und De Havilland Hall halten den Fall für ein Lymphosarkom und sprechen über die zeitweiligen Besserungen nach Arsengebrauch.

**Harmer: Pulsirendes Angiom der Nase.** Ausgedehntes Angiom des Gesichts. Die Pulsation hörte auf bei Druck auf die rechte A. facialis und infraorbitalis.

Dan Mc Kenzie erwähnt die Behandlung Payr's (Graz) dieser Fälle mit „Pfeilen“ von Magnesium, wodurch eine Gerinnung bewirkt wird.

**Bushland Jones: Bräunliche Anschwellung im Rachen** (zur Diagnose).

**Hill: Verwachsung des weichen Gaumens und des Pharynx nach Masern bei einem Knaben.**

Sitzung vom November 1908.

Vorsitzender: Dundas Grant.

**Dundas Grant: Epitheliom des Kehlkopfeinganges und des Rachens bei einer 41 jährigen Frau.**

Es handelte sich um einen malignen Tumor des Hypopharynx. Im Vordergrund der Symptome bestanden Schluckbeschwerden, die durch Anästhesininsufflationen vor dem Essen behoben wurden.

Sir Felix Semon fand Carcinom des Kehlkopfinnern bei Weibern selten.

William Hill möchte solche Fälle, wie den vorgestellten, nicht als Cancer extrinsèque, sondern als Pharynxcarcinom bezeichnet, wissen. Für die Bezeichnungen „intrinsèque“ und „extrinsèque“ setzt er „glottisch“ und „wandständig“.

Sir Felix Semon reclamirt die Bezeichnung „extrinsèque“ für die von der Epiglottis, den ary-epiglottischen Falten und der Aryknorpelgegend ausgehenden Carcinome; die Unterscheidung hat practischen Werth, indem Drüseninfectionen in solchen Fällen gewöhnlich, beim Cancer intrinsèque aber selten sind.

An der Discussion betheiligen sich noch: Jobson Horne, Scanes Spicer, der Vorsitzende.

**Dundas Grant: Sinus thyreo-lingualis bei einem 14 jährigen Mädchen.**

Der Sinus öffnete sich ungefähr 2 cm oberhalb des Jugulum sterni und erstreckte sich nach hinten und oben zum Zungenbein. Der grösste Theil des Ganges wurde excidirt, der obere Theil mit dem Galvanokauter verätzt.

Sir Felix Semon: Epitheliom der linken Stimmlippe. Thyreotomie December 1905. Recidiv.

Resection der linken Kehlkopfhälfte; seitdem ist der Kehlkopf gesund. Stimme laut. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen die Weichtheile, die nach aussen von dem resecirten Knorpel gelegen sind, an die grossen Muskeln zu nähen, um die Tendenz zu Stridor herabzumindern.

Sir Felix Semon: Fall zur Diagnose: Tumor, der sich im Kehlkopf als grosse, rothe, glatte, nicht ulcerirte Geschwulst der linken ary-epiglottischen Region, aussen als grosse flache Schwellung hinter dem M. sterno-cleidomastoideus darstellt.

Pat. ist ein 45jähriger Mann, bei dem vor 8 Jahren ein Tumor vom Mundboden entfernt worden war, von dem aber keine mikroskopische Untersuchung gemacht wurde. Es handelt sich möglicher Weise um ein weiches Fibrom.

St. Clair Thomson hält eine maligne Erkrankung für vorliegend.

Tilley empfiehlt Exstirpation des Kehlkopfes.

Herbert Tilley: Interarytaenoidale und subglottische Infiltration von 15 Monate Dauer; Dyspnoe, Tracheotomie.

Pyramidenförmige, nicht ulcerirte Schwellung, die von der Vorderfläche des rechten Aryknorpels ausgeht, ohne dass Behinderung der Beweglichkeit des Stimmbandes besteht. Grosse Jodkalidosen haben keinen Einfluss.

Demonstrirt mittels der directen Methode mit dem Brünings'schen Instrument.

C. A. Parker: Maligne Erkrankung der rechten Oberkieferhöhle und deren Nachbarschaft bei einem 68jährigen Mann.

Seit 14 Monaten Absonderung aus der Nase, seit 3 Monaten äussere Schwellung nahe dem inneren Augenwinkel. Es besteht eine kleine Oeffnung im Alveolarfortsatz, durch die eine Sonde in die Höhle eingeführt und constatirt werden kann, dass eine Geschwulst vorhanden war, die die oberen und äusseren Partien des Antrum einnimmt.

Stuart Low räth, die entzündlichen Erscheinungen erst durch Vaccine-Einspritzungen zu behandeln, bevor man an die Entfernung der Geschwulst geht. Er hat zwei ähnliche Fälle mit Erfolg operirt, in denen der mikroskopische Befund zweifelhaft war.

Abercrombie: 1. Weiterer Bericht über einen Fall von eitriger Cervicalphlegmone und Epitheliom der Epiglottis.

Vorgestellt Januar 1907, November 1907. Es wurden Massen von epitheliomatösen Drüsen während des Jahres 1908 entfernt; dann Exitus.

2. Perforation des weichen Gaumens nach Scharlach im Kindesalter.

Bei dem 35jährigen Patienten besteht eine Perforation des rechten Gaumenbogens und des Velums; dieselbe war nach einem schweren Scharlach mit Hals- und Mittelohrabscess im Alter von $4^1/_2$ Jahren constatirt worden. Die Perforation ist einseitig.

Sir Felix Semon hat in letzter Zeit solche Perforationen sich bilden sehen unter Umständen, die den Verdacht auf Pneumokokkeninvasion nahe legten.

Scholefield hat unter 3000 Fällen von Scharlachfieber 4—5 solche Fälle gesehen. Nach Abheilung der Ulceration war überraschend wenig Narbengewebe zu sehen.

An der Discussion betheiligen sich noch: Paterson, Hill, Mac Dongall, Clayton Fox, Dan Mc Kenzie.

St. Clair Thomson: Kehlkopfschwindel im Frühstadium der Tabes.

Während der letzten 18 Monate hat Patient mehrere Anfälle gehabt, die mit einem Erstickungsgefühl begannen und mit Verlust des Bewusstseins endeten. Es bestanden ausgesprochene Anzeichen von Tabes; das linke Stimmband war in Cadaverstellung fixirt.

Lambert Lack hat 3 ähnliche Fälle mit Erstickungsgefühl und Schwinden des Bewusstseins beobachtet; jedoch waren in keinem Symptome von Tabes vorhanden. Einer zeigte das Bild der multiplen Sklerose, in einem andern folgten die Anfälle auf eine influenzaähnliche Erkrankung.

Sir Felix Semon ist mit der Bezeichnung „Kehlkopfschwindel" nicht einverstanden. Es scheine sich vielmehr um Kehlkopfkrisen zu handeln. Er hat über einen tödtlich verlaufenden Fall gelesen; im Allgemeinen aber nimmt die Heftigkeit dieser Anfälle ab, wenn die Lähmung der Spanner und Adductoren zunimmt.

Fitzgerald Powell erwähnt einen Fall von progressiver Paralyse, wo derartige Anfälle mit Cyanose und Bewusstseinverlust auftraten.

Parker hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo sich die Symptome der Tabes erst später entwickelten.

Horsford berichtet über einen Fall von nächtlichen Erstickungsanfällen mit doppelseitiger Abductorlähmung.

Sir Felix Semom, der Vorsitzende und St. Clair Thomson discutiren über die Nomenclatur dieser Fälle. Es wird auf eine diesbezügliche Arbeit von Mc Bride verwiesen.

Gay French: Ausgedehnte Fractur der Stirnhöhlenwände.

Patient, ein 70jähriger Mann, erhielt vor 6 Jahren von einem Trittbrett eines in Bewegung befindlichen Eisenbahnzuges einen Stoss vor den Kopf. Es entstand an der Stirn eine ca. 8 cm lange Wunde, die Vorderwand der grossen Stirnhöhle wurde eingedrückt, die Hinterwand der linken Höhle fracturirt und die Dura verletzt. Alle Fragmente wurden entfernt, die Dura genäht. Heilung ohne jeden Zwischenfall.

Harold Barwell: Angeborener Verschluss der rechten Choane.

Es handelt sich um eine 25jährigen Frau.

Creswell Baber hat 2 derartige Fälle mit Gesichtshemiatrophie auf der entgegengesetzten Seite beobachtet, auch einen Fall von doppelseitigem Verschluss mit Hemiatrophie.

Bary Ball sagt, dass die Deformation im vorgestellten Fall hauptsächlich



in einer Verbiegung des hinteren Septumrandes besteht und schlägt submucöse Resection vor.

Scanes Spicer ist derselben Meinung.

Watson Williams meint, es würde schwierig sein, die Obstruction zu heben, ohne den hinteren Theil des Septums zu entfernen.

Mac Donall hat einen Fall durch Bougieren nach der Incision behandelt.

Paterson meint, dass diese Verschlüsse durch eine persistirende bucconasale Membran bedingt seien.

Clayton Fox ist der Ansicht, dass diese Theilung weiter hinten gelegen ist, während in den vorliegenden Fällen es sich um eine Verschmelzung der die Choane bildenden Elemente handelt.

William Hill: Primäres Epitheliom der hinteren Pharynxwand.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau. Pharynx und Oesophagus waren frei.

Dan Mc Kenzic: Kehlkopftuberculose.

51jähriger Mann. Der Kehlkopf zeigt das Bild einer malignen Erkrankung.

Stuart Low: 1. Recidivirende Epistaxis bei Nasenepitheliom.
61jähriger Mann.

2. Frau mit Rhinosclerom.

(Bereits in einer vorhergehenden Sitzung vorgestellt.)
Discussion über die Diagnose.

Cathcarts: Septumverbiegung mit völligem Verschluss der rechten Nasenhälfte.

Es handelte sich um einen Schauspieler, bei dem die Athmung und Stimmbildung beeinträchtigt wird.

Lambert Lack: Lupus erythematodes des Gcsichts mit Flecken auf der Gaumen- und Wangenschleimhaut.

Jobson Horne: Krebs des Kehlkopfinnern bei einer 64jährigen Frau.

Es handelt sich wahrscheinlich um eine gutartige Geschwulst.

Arthur Evans: Carcinom der rechten Aryknorpelgegend.

Es wurde ein grosses Stück entfernt, um die Athmung zu erleichtern.

Watson Williams: Operationsmodelle für Pansinusitis.

E. B. Waggett.

---

### e) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Fein: Verwachsung des hinteren Randes des Epiglottis mit der Rachenwand nach Kalilaugenverätzung bis auf eine etwa bohnengrosse Oeffnung, durch welche die Speisen meist in den Larynx anstatt in die Speise-

röhre gelangten. Gastrostomie. Weder die stumpfe Dilatation noch die etappenweise Ablösung mit dem Messer hatte Erfolg.

2. Marcus stellt einen Fall von Bronchostenose infolge postluetischer Narbenbildung vor.

3. O. Chiari demonstrirt einen Fall von Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinoms, vor 3 Wochen ausgeführt. Heilung ohne Complication. Ungehinderter Schluckact, Patient kann mit Flüstersprache sprechen, von jetzt ab Sprechübungen.

4. Glas demonstrirt 1. einen Fall von primärem Schleimhautpemphigus ohne Hauteffloreszenzen, 2. einen Fall von perverser inspiratorischer Stimmbandbewegung mit hochgradigen laryngospastischen Anfällen infolge besonderer Uebererregbarkeit des Adductorencentrums. Für Tabes kein Anhaltspunkt.

Discusssion: Kahler fragt, ob das Phänomen auch bei Cocainisirung wahrnehmbar ist, was Glas bejaht. Fein empfiehlt Athemübungen anzustellen.

5. Kahler demonstrirt ein Stück einer Haselnussschale, die er auf endoskopischem Wege aus dem rechten Bronchus eines 18jährigen Burschen entfernte.

6. Hanszel demonstrirt einen Bilderhaken, der durch 48 Jahre im Siebbein eines Patienten verborgen geblieben war, bis er zufällig bei Freimachung der gänzlich verschlossenen Nasenseite extrahirt wurde. Während die Stirnhöhle und die Siebbeinzellen sich als eitrig erkrankt erwiesen, war die Kieferhöhle nicht miterkrankt.

7. Hajek macht Mittheilung über zwei operative Todesfälle nach Stirnhöhlenoperation.

### Sitzung vom 3. Februar 1909.

1. A. Heindl stellt einen Fall von Pemphigus in Mund, Rachen und Kehlkopf vor.

2. Kahler demonstrirt einen Patienten der Klinik Chiari, bei welchem sich im Anschluss an eine acute Periostitis des grossen Zungenbeinhornes dieses sequestrirte.

Discussion: Hajek sah einen ähnlichen Fall auf luetischer Grundlage.

3. Glas demonstrirt mittelst directer Tracheoskopie einen Tumor der hinteren und rechten Trachealwand, der wahrscheinlich ein Sarkom der Trachea ist.

Discussion: Heindl, Grossmann, Glas.

### Sitzung vom 3. März 1909.

1. O. Chiari demonstrirt einen 58jährigen Mann, bei welchem wegen Schmerzen im rechten Oberkiefer mit leichter Vorwölbung der Wangengegend nach Eröffnung von der facialen Wand ein der hinteren und seitlichen Wand der Kieferhöhle breit aufsitzendes Fibrom entfernt wurde.

2. Kahler stellt einen 34 jährigen Mann vor, bei dem sich am Alveolarfortsatz ein exulcerirter Tumor befindet, der klinisch die Symptome eines



malignen Tumors, histologisch jedoch das Bild eines ödematösen Fibroms zeigt. In der Annahme, dass doch möglicherweise in der Tiefe ein maligner Geschwulstkeim vorhanden ist, wird die Oberkieferresection vorgenommen werden.

3. Marschik stellt einen 47jährigen Mann mit Cylindrom des linken Oberkiefers vor.

Discussion: Koschier.

Weiter demonstrirt Marschik das Präparat einer vor einigen Tagen an sog. „primärer infectiöser Phlegmone des Rachens nach Senator" verstorbenen 30jährigen Frau.

4. Kofler führt eine 17jährige Patientin vor, welche Synechien in der Nase nach Masern hat.

5. Menzel demonstrirt a) einen Fall von beiderseitiger Nasenflügelansaugung, welche er mittelst Paraffininjectionen in den untersten Theil der Nasenflügelfurche mit Erfolg behandelte, b) ein Lymphosarkom des Rachens und der Nase, c) einen harten Schanker beider Tonsillen, welcher diagnostische Schwierigkeiten darbot.

6. Hutter stellt ein Rhinosklerom vor mit dem relativ seltenen Befund von Tumormassen im Nasopharynx.

7. Braun stellt einen Fall von Morb. macul. Werlhofii vor mit zahlreichen Petechien in der Schleimhaut der oberen Luftwege.

Discussion: Menzel, Chiari.

8. Adalbert Heindl bespricht an der Hand eines vorgestellten Falles die Differentialdiagnose zwischen gummöser Erkrankung des Stirnbeins gegenüber Stirnhöhlenempyemen

9. Marschik berichtet ebenfalls über zwei Fälle von Periostitis luetica frontalis, in welchen die Röntgenographie wesentlich zur Diagnose verhalf.

10. Grossmann hält einen Vortrag über Dyspnoe und Apnoe.

### Sitzung vom 14. April 1909.

Menzel stellt einen 51jährigen Mann vor, welcher eine seit 16 Jahren bestehende partielle Recurrenslähmung links und ausserdem krampfartige Zuckungen und Contractionen der rechten Larynxseite auf wahrscheinlich syringomyelitischer Grundlage aufweist. Diese Diagnose stützt sich auf grössere Reihe nervöser Störungen des typischen Bildes der Syringomyelie.

Menzel stellt einen jungen Mann vor, welcher in seinem dritten Lebensjahre eine den Gaumen penetrirende Kuhhornverletzung des weichen und harten Gaumens erlitten hat. Gegenwärtig sieht man die entsprechende Narbe. Es besteht keinerlei Functionsstörung.

Marschik demonstrirt aus der Klinik Chiari drei Fremdkörper (Gebiss, Knochenstück, Tapezirernagel), welche endoskopisch aus dem Oesophagus resp. dem Bronchus entfernt wurden. Der bronchoskopische Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, welcher einen 1,5 cm langen Tapezirernagel mit breitem Messingknopf vor 14 Tagen aspirirt hatte. Nach der Entfernung mittelst oberer, directer

Bronchoskopie gingen das Fieber und die anderen Entzündungserscheinungen bis auf ein pleuritisches Exsudat in 4 Tagen zurück.

O. Hirsch stellt 4 Patienten vor, welche er wegen chronischer suppurativer Antritis nach seiner Methode (Laryngol. Gesellsch. vom 1. April 1908) operirte, welche im Wesentlichen in einer temporären Resection der unteren Muschel und Anlegung einer Oeffnung im unteren Nasengang mit folgender Annähung der Muschel in ihrer früheren Stellung besteht.

In der Discussion vertritt Réthi den Standpunkt, dass bei räumlich günstigen Verhältnissen die zeitraubende präliminare Resection überflüssig ist, bei engen Nasen die Grundbedingungen zur Heilung ungünstig sind und, da man nicht weiss, ob nicht ein schwerer Fall vorliegt, die Methode der breiten Eröffnung von innen (nach Réthi) gewiss vorzuziehen ist. Während Marschik und Glas Bedenken gegen die Methode nach Hirsch äussern, weist Weil auf einen Vortheil dieser Methode hin, der in der Schonung eines normalen Organs — der unteren Muschel — besteht, deren Beseitigung für die Heilung eines Kieferhöhlenempyems durchaus nicht nöthig ist.

H. Stern bespricht die Sprachtherapie nach operirtem Wolfsrachen und der Rhinolalia aperta im Allgemeinen.

Hutter spricht über einen Fall von Fremdkörper in der Kieferhöhle. Eine Gummiprothese des Alveolarcanales schlüpfte in die Höhle und nach längerem Verweilen durch die laterale Nasenwand in die Nase. Der Fremdkörper wurde trotz Eröffnung von der Fossa canina nicht gefunden, sondern erst jetzt nach 9 Jahren gelegentlich einer Polypenoperation dieser Nasenseite extrahirt.

Hajek demonstrirt Haken zur Abhaltung der Wangen bei der Radicaloperation der Kieferhöhle.

Grossmann setzt seinen Vortrag über Dyspnoe und Apnoe fort.

## Sitzung vom 12. Mai 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Glas stellt einen wegen chronischer Stirnhöhleneiterung nach Killian radical operirten Patienten vor, bei welchem eine Nekrose der hinteren Wand die absolute Indication zur radicalen Operation bot. Heilung.

Discussion: Marschik beobachtete einmal nach der Radicaloperation nach Killian Doppelbilder infolge Lähmung des Obliquus inferior, offenbar durch straffes Zusammennähen der Muskeln, wodurch der Bulbus nach innen oben über die Norm fixirt war. Diese Doppelbilder belästigten weniger als die gewöhnlichen und gingen langsam zurück.

2. Glas demonstrirt einen 72jährigen Mann mit Plattenepithelcarcinom der vorderen Commissur.

3. Weil demonstrirt einen grossen Rhinolithen, ferner ein Knochenstück aus dem Nasenrachenraum eines Knaben, welches offenbar bei einem Brechacte während des Keuchhustens dahin gelangt war.

Discussion: Roth und Réthi, welche betonen, dass zu dieser Erklärung

angenommen werden muss, dass der Abschluss gegen die Nase ausnahmsweise nicht rasch oder nicht energisch genug stattgefunden hat.

In der Discussion zu Hajek's Vortrag: Ueber operative Todesfälle bei Stirnhöhlenoperationen spricht Weil, welcher darauf hinweist, dass die eigentliche Todesursache im beiden Fällen darin zu suchen sei, dass sie überhaupt operirt wurden, und welcher die strengste Indication zur Vornahme der Stirnhöhlenoperation verlangt. Mittheilung einiger Fälle von conservativ behandelten und geheilten acuten Stirnhöhleneiterungen mit oft stürmischen Begleiterscheinungen.

Marschik berichtet über 3 Todesfälle im Anschluss an die 54 Radicaloperationen nach Killian, die in den letzten 5 Jahren an der Klinik ausgeführt wurden. In 2 Fällen bestand schon vor der Operation ein Hirnabscess, im 3. Falle traten mehrere Tage p. oper. Symptome einer Meningitis auf, welcher der Patient erlag. M. weist auf die Wichtigkeit hin, die Gegend der Lamina cribr. nie mit Gaze, sondern mit Drainrohr zu drainiren, um Secretretention zu verhindern.

Glas spricht über die Indication zur Radicaloperation, die er in vielen Fällen als absolut erachtet und möchte hinsichtlich der Infectionsgefahr besondere Beachtung schenken dem Gebiete der Lamina cribrosa und der hoch hinaufragenden Infundibularzellen, sowie dem lateralen und oberen Randgebiete des Sinus.

Koschier stellt die Indication sehr rigoros, besonders seitdem auch er einen postoperativen Todesfall (metastatische Abscesse in beiden Lungen) zu beklagen hat.

O. Chiari fand in 6 Fällen Defecte der hinteren Wand mit blossliegender Dura vor, in welchen die Radicaloperation Heilung brachte.

Hajek polemisirt in seinem Schlussworte gegen die Ausführungen resp. Einwendungen Weil's, indem er auf sein in 3. Auflage erschienenes Buch hinweist, wonach er den extremen Flügel der conservativen Operateure repräsentirt und dankt weiters allen denjenigen Herren, die in der Discussion einen Beitrag geliefert haben.

4. Kahler stellt aus der Klinik vor: einen 61jähr. Patienten, bei dem er mittelst oberer Tracheoskopie einen an der Bifurcation sitzenden tubulären Drüsenkrebs mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen hat, berichtet ferner über eine endoskopische Fremdkörperextraction aus dem rechten Bronchus eines 14 Monat alten Kindes und demonstrirt eine von ihm angegebene Modification des Leiter'schen Panelektroskops (verstellbarer Handgriff, freie Einführungsmöglichkeit von Extractionsinstrumenten).

5. Fein spricht in einem Vortrage über seine Methode der submucösen Fensterresection, deren Wesen darin besteht, dass das zu resecirende Knorpelstück nicht vorerst auf beiden Seiten von der Mucosa entblösst wird, sondern zunächst nur auf einer Seite, sodann in entsprechender Form umschnitten und schliesslich von der Schleimhaut der anderen Seite abgehoben wird. Perforationen würden leichter vermieden, doch ist die Methode nur im Bereiche des Knorpels anwendbar.

In der Discussion besprechen Glas, Kahler, Marschik und Weil die

ihnen am zweckmässigst erscheinenden Arten der Technik, um Perforationen zu vermeiden.

6. Grossmann hält den Schlusstheil seines Vortrags über Apnoe und Dyspnoe (publicirt in der Wiener med. Wochenschr. No. 19—24. 1909).

Hierzu bespricht Chiari einen Fall, in welchem durch Morphium das Athmungscentrum fast völlig gelähmt war und die künstliche Athmung erst nach erfolgter Tracheotomie und Aussaugung der Trachea Erfolg hatte. Den Lungenalveolen müsse also bei allen Erstickungen möglichst reichlich und ungehindert Luft zugeführt werden und macht der von Grossmann angezogene einzige Todesfall infolge plötzlichen Eindringens grosser Luftmengen nach der Tracheotomie ganz den Eindruck einer Luftembolie. — Kahler glaubt, dass unter dem von Grossmann berichteten Fall von Apnoe und folgender Pneumonie (Exitus) nach Tracheotomie bei einem Tabetiker eine Vaguserkrankung vorgelegen habe und wird nach Abschluss der Untersuchungen darüber berichten.

Hajek erklärt, dass der von Grossmann statuirte specifische Herztod nach Larynxexstirpation durch die Praxis keinesfalls betätigt wird und ersucht um diesbezügliche Erklärung.

Grossmann hält in seinem Schlussworte seine eben begründete Ansicht über die klinisch physiologischen Vorgänge aufrecht und sucht den Grund dafür, dass der Herztod nach Larynxexstirpationen seit 15 Jahren nicht mehr beobachtet wurde, in der Asepsis liegend. Hanszel.

### f) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 3. April 1909.

Vorsitzender: C. B. Lagerlöf.

Holmgren berichtet über 1. einen Fall von Papilloma laryngis: eine 26jährige Frau litt seit 3 Monaten an zunehmender Heiserkeit; auf dem linken Stimmband wurde ein grau-gelatinöser, stecknadelkopfgrosser Tumor mit breiter Basis angetroffen. Der Tumor wurde exstirpirt. Histologische Diagnose: Papilloma.

2. Einen Fall von Fibroma cavernosum laryngis. Ein 47jähriger Mann ist seit einem halben Jahre apnoisch und hustet besonders in der letzten Zeit Blut esslöffelweise aus. Ein Bruder des Pat. erlag einem Kehlkopfkrebs. Die Lungen gesund. Am rechten Sinus Morgagni ein gestielter, haselnussgrosser, stark röthlicher Tumor, der mit seinem Körper im subglottischen Raum hängt. Der Tumor wurde exstirpirt und zeigte sich hinsichtlich seiner Structur als ein Fibroma cavernosum.

3. Einen Fall von Carcinoma laryngis. Ein 43jähriger Circusartist war seit 4 Jahren von Schlundschmerzen und in der letzten Zeit von blutigem Schleim im Halse belästigt. Von verschiedenen Aerzten wurde Pat. mit Jodkali behandelt. Ein ulcerirter Tumor vom linken Sinus piriformis ausgehend erstreckt sich über einen Theil der Basis linguae, über Epiglottis und die Schlundwand.



Die histologische Untersuchung ergab Cancer. 8 Tage nach der Operation (Totalexstirpation) starb der Patient nach einer heftigen Blutung aus der Wunde.

4. Ueber Massnahmen, den Larynx-Tuberculösen Hospitalspflege zu bringen. Discussion.

Sitzung vom 22. April 1909.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

Flodqvist demonstrirt einen Fall von doppelseitigem chronischem Stirnhöhlenempyem, das mehrmals operirt war. Die Einseknung der Stirn wurde mit Paraffininjectionen mit gutem Erfolge corrigirt.

Holmgrem berichtet über zwei Fälle von Ethmoiditis purulenta p. scarlatinam mit subperiostalem Orbitalabscess. Nach Incision von aussen wurde der Abscess entleert und das Siebbein ausgeräumt. Heilung.

---

## III. Briefkasten.

### Personalnachricht.

Henry T. Butlin ist beim ersten Wahlgang einstimmig zum Präsidenten des Royal College of Surgeons gewählt worden. Diese Nachricht wird in laryngologischen Kreisen mit lebhaftester Befriedigung aufgenommen werden. Ist es doch das erste Mal, dass jene grosse Ehre einem Manne zu Theil wird, dessen Lebensarbeit zum hauptsächlichsten Theil der Laryngologie zu gute gekommen ist. Wenn Butlin's Thätigkeit heute auch fast ausschliesslich auf chirurgischem Gebiete liegt, so darf doch nicht vergessen werden, in wie hervorragender Weise die Laryngologie durch seine Arbeiten gefördert worden ist; es sei nur an seine Studien über den Kehlkopfkrebs erinnert, aus denen die Therapie jener unheilsvollen Krankheit den grössten Gewinn gezogen hat, sowie an sein geradezu klassisches Buch über die Erkrankungen der Zunge. Butlin war der Vorgänger Semon's in der Leitung der Abtheilung für Halskrankheiten am St. Bartholemews Hospital; Jahre lang führte er den Vorsitz der Laryngological Society of London.

---

### Danksagung.

15. August 1909.

**Da mir bisher das Verzeichniss derjenigen Freunde und Collegen, welche die Güte gehabt haben, sich an der Stiftung zu betheiligen, welche meinen Namen tragen soll, nicht zugegangen ist, und da ich im nächsten Monat eine aussereuropäische Reise antreten werde, welche mich bis zum nächsten Juli fernhalten wird, erlaube ich mir, auf diesem Wege den Collegen aus aller Herren Ländern, welche, wie ich höre, zu dieser Stiftung beigetragen haben, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.**

**Sie mögen versichert sein, dass nichts mir so grosse Freude hat machen können, als die Begründung einer Stiftung, deren Ertrag dem Fortschritt der Laryngologie zu gute kommen und gleichzeitig die Erinnerung an meine Bemühungen für das Gedeihen und die Unabhängigkeit unserer Specialität erhalten soll.**

**Felix Semon.**

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, October. 1909. No. 10.

## I. Die laryngologische Section des XVI. Internationalen Congresses in Budapest.

Betrachtet man den Verlauf des letzten Internationalen Medicinischen Congresses vom Standpunkt unserer Section, so kann man sagen: er entsprach den günstigen Auspicien, unter denen er begonnen wurde. Zum ersten Male seit langer Zeit wieder konnten wir Laryngologen uns zu einem Congress begeben, ohne dass uns die Freude und Lust an der Sache durch den bis zum Ueberdruss gekämpften unerquicklichen Kampf um die Selbstständigkeit unserer Section schon von vornherein beeinträchtigt worden wäre. Die Congressleitung in Budapest hat unseres Wissens keinen Versuch gemacht, diese Selbstständigkeit anzutasten. Wir verdanken das wohl in erster Linie dem Einfluss und den Bemühungen des ehrwürdigen Präsidenten der Section, E. v. Navratil. Wir glauben nur der allgemeinen Stimmung Ausdruck zu verleihen, wenn wir ihm und den übrigen Herren des Organisationscomités, unter denen der unermüdliche und trotz der auf ihm lastenden Arbeitsfülle stets gleichmässig freundliche und geduldige Schriftführer Donogany noch besonderer Erwähnung verdient, auch an dieser Stelle den Dank der Section aussprechen. Als Beweis dafür, wie gut die Sectionsleitung functionirte, kann auch gelten, dass es gelang, das ganze sehr reichhaltige Programm der Verhandlungen aufzuarbeiten. Ziehen wir das Facit des Ganzen, so entspricht es dem, was man als das Ergebniss derartiger Veranstaltungen anzusehen gewohnt ist: es ist nicht so sehr das Zutagefördern von wirklich Neuem, was ihnen Signatur und Bedeutung verleiht; ihr hauptsächlicher Werth besteht vielmehr darin, dass die Fachgenossen sich persönlich näher treten, alte freundschaftliche Beziehungen erneuert und gefestigt, sowie neue angeknüpft werden, vor allem jedoch darin, dass es über actuelle und controverse Fragen, die im Mittelpunkt des Interesses stehen, zur Aussprache kommt und man erkennen kann, welches die zur Zeit herrschende Anschauung in Bezug auf diese Fragen ist. Der erste Zweck, die Schaffung eines näheren persönlichen Contacts unter den Fachgenossen, wurde in dankenswerthester Weise gefördert durch die freundlichen Bemühungen der Budapester Collegen, die sich in Aufmerksamkeiten und Liebens-





würdigkeiten geradezu erschöpften. Was die altgerühmte magyarische Gastfreundschaft bedeutet, das hat in den Congresstagen wohl Jeder von uns am eigenen Leibe — im buchstäblichen Sinn des Wortes — bis zur Grenze der Aufnahmefähigkeit erfahren.

Dass in den Verhandlungen auch der von uns oben als der bedeutsamste bezeichnete Zweck, nämlich die Klärung brennender und wichtiger Fragen, erfüllt wurde, dafür diene als Beispiel die Discussion über Nebenhöhlenerkrankungen, die durch die vorzüglichen Referate Killian's und Hajek's eingeleitet wurde und deren Verlauf wohl bei allen Anwesenden die Ueberzeugung befestigte, dsss heute die einer conservativen Therapie huldigende Richtung entschieden das Uebergewicht hat. Ebenso anregend und ergebnissreich waren die Discussionen, die sich an die ausgezeichneten Referate Semon's und Chiari's, bezw. Broeckaert's über Kehlkopfcarcinom und über den Stand der Recurrensfrage knüpften.

Dass die Furcht, die internationalen Specialcongresse könnten den allgemeinen medicinischen Congressen nennenswerthen Abbruch thun, unbegründet ist, ergiebt sich aus dem sehr regen Besuch, dessen sich die Section trotz des im vorigen Jahr stattgefundenen internationalen Laryngologencongresses zu erfreuen hatte. Ausser den Budapester Collegen, die wohl fast vollzählig zur Stelle waren und sich sehr rege an den Verhandlungen betheiligten, seien, ohne dass die Liste irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, von den Anwesenden folgende namhaft gemacht: Bresgen, Broeckaert, Castex, Chiari, von Eicken, Ferreri, Flatau, W. Freudenthal, Gleitsmann, Gluck, Dundas Grant, Gutzmann, Hajek, Heryng, Heymann, Jansen, Ingals, Katzenstein, Killian, Koschier, Emil Mayer, Massei, Moure, Schmiegelow, Semon, Thost, Uchermann, Zwaardemaker u. a. m.

Wenn ich nun im Folgenden einigen Erwägungen Ausdruck gebe, die sich mir im Verlauf der Verhandlungen aufgedrängt haben, so geschieht dies nur, um für die Zukunft vielleicht eine Anregung zu geben.

Der erste Punkt betrifft die Ehrenpräsidenten. In weitgehendster Courtoisie und in dem gewiss recht anerkennenswerthen Bestreben, keinen zurückzusetzen und allen gerecht zu werden, hatte der Vorstand eine so reichhaltige Liste von Ehrenpräsidenten aufgestellt, dass fast jedem zweiten Mitglied der Section diese Ehre zu theil wurde und dass in jeder Sitzung drei Ehrenpräsidenten fungiren mussten. Will man, was schliesslich wohl das rationellste wäre, mit dieser Institution nicht ganz brechen, so beschränke man sich darauf, drei oder vier Männern, die durch ganz besondere Verdienste dazu qualificirt sind, diese Auszeichnung zu theil werden zu lassen. Die Gefahr, Eifersucht und Missstimmung durch die Wahl zu erregen, wird man niemals ganz vermeiden können; denn wenn von hundert Anwesenden auch neunzig zu Ehrenpräsidenten gewählt werden, kann man sicher sein, dass von den übrig bleibenden zehn noch mindestens die Hälfte sich zurückgesetzt und beleidigt fühlen wird.

Ein zweiter Punkt betrifft die Referate. Das Organisationscomité hatte in sehr dankenswerther Weise dafür gesorgt, dass die Referate gedruckt und zu einem Bande vereinigt bereits einige Wochen vor dem Congress in den Händen eines grossen Theiles der Sectionsmitglieder sich befanden. Diesen war damit

die willkommene Gelegenheit gegeben, die Referate bereits vorher in aller Musse zu studiren. Unter diesen Umständen war es überflüssig, zeitraubend und wirkte ermüdend, dass einige der Referenten ihre Referate in extenso vorlasen. Wenn in Zukunft dafür Sorge getragen wird, dass alle Sectionsmitglieder rechtzeitig sich im Besitz der gedruckten Referate befinden, so könnte der Referent sich darauf beschränken, einige Erläuterungen und Bemerkungen zu seinem Referat vorzutragen, was zeitersparend und vereinfachend wirken würde. In Erkenntniss des Missstandes, als welcher sich das unverkürzte Vorlesen der Referate herausgestellt hat, ist auch von dem vorbereitenden Comité für die Internationalen Laryngologencongresse bereits ein Beschluss im obigen Sinne gefasst worden.

Ferner bedürften unseres Erachtens die Discussionen insofern einer Remedur, als es unbedingt untersagt werden müsste, in denselben völlig ausgearbeitete Exposés zur Verlesung zu bringen. Was der Discussion Werth und Reiz verleiht, ist die freie Aussprache, der Wechsel von Rede und Gegenrede. Die Discussion verfehlt ihren Zweck, wenn dabei schriftliche Ausarbeitungen, die doch wieder nichts anderes sind, als kleine Vorträge für sich, zur Vorlesung gebracht werden. Es war ganz evident, wie das Interesse des Auditoriums erlahmte, wenn ein Redner seine Ausführungen vom Concept ablas, und wie es sich wieder belebte, sobald frei gesprochen wurde. Oratorische Glanzleistungen brauchen ja während der Discussion gar nicht zu Tage gefördert zu werden, und seiner Meinung an der Hand kurzer Notizen in einer der Congresssprachen verständlichen Ausdruck zu verleihen, dazu dürfte wohl — sollte man meinen — jeder im Stande sein.

Die erwähnten Punkte, deren Aenderung mir wünschenswerth erscheint, betreffen Aeusserlichkeiten, die auch nicht im entferntesten im Stande waren, den Gesammteindruck der Budapester Congresstage zu beeinträchtigen, die für alle Theilnehmer gewiss stets eine nachhaltige und angenehme Erinnerung bilden werden.

Finder.

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Kelbling** (Bad Salzbrunn). **Die Behandlung von Krankheiten der Luftwege in Bad Salzbrunn unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen der Krankheiten der oberen zu denen der tieferen Wege.** *Medic. Klinik. 12. 1909.*

Besprechung der Behandlungserfolge mit Hülfe der Brunnencur und der übrigen in Salzbrunn zur Verfügung stehenden Curmittel, wobei die locale Behandlung, besonders die der Nase nicht unterlassen werden darf.

SEIFERT.

2) **G. Seiffert** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Bordet'schen Keuchhustenbacillus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1909.*

Auf Grund seiner in dem Frankfurter Institut für experimentelle Therapie angestellten Untersuchungen an einem Material von 16 Fällen kommt Seiffert — unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse — zu folgenden Schlüssen:

„Der Bacillus pertussis Bordet ist von Influenza- oder influenzaartigen Stäbchen sicher unterscheidbar. So gut wie stets ist er im Sputum frisch Erkrankter zu finden und verschwindet mit dem Nachlassen der Krankheit. Er wird von dem Serum Keuchhustenkranker agglutinirt, eine deutliche Complementablenkung mit dem Serum keuchhustenkranker Reconvalescenten ist vorhanden. Die Zahl der Befunde und Versuche, die die ätiologische Bedeutung des Keuchhustenbacillus beweisen, ist immer noch nicht zu einem endgültigen Urtheil ausreichend. Weitere Nachuntersuchungen sind daher durchaus wünschenswerth. Jedenfalls ist der Bordetbacillus der einzige, für den eine Reihe nach mancherlei Richtung hin beweisender Befunde für seine ätiologische Bedeutung beim Keuchhusten vorliegen.

HECHT.

3) **Hecht** (München). **Die klinische Verwerthung pathologisch-histologischer Diagnosen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde etc. Heft 11. 1908.*

Ref. berichtet über zwei Fälle in extenso, bei denen mehrfache Untersuchungen seitens der Pathologen verschiedene Diagnosen zeitigten. Bei dem ersten Falle handelte es sich differentialdiagnostisch um Lues oder Tuberculose des Kehlkopfes, beim zweiten um Carcinom oder Tuberculose der Nase. Ref. kommt im Gegensatz zu Rovsing zum Schlusse, dass man den Pathologen nicht „die Details der Krankengeschichten zur Information" übermitteln solle, im Gegentheil, der Pathologe solle ohne jede Beeinflussung sein Urtheil ganz unbefangen abgeben, dann aber, nach Abgabe dieses Urtheils, insbesondere beim Entscheid über folgenschwere therapeutische Eingriffe sollten Therapeut und Pathologe ihre Befunde vergleichen und kritisch gegeneinander abwiegen, um bei erst vollständiger Uebereinstimmung die therapeutischen Folgerungen zu ziehen. Unbedingt nöthig ist dies aber, wenn sich zwischen dem klinischen und mikroskopischen Befund Widersprüche ergeben: hier kann und wird eine eingehende Besprechung im Verein mit wiederholt vorgenommenen Untersuchungen den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund auf eine gemeinsame, richtige diagnostische Basis stellen.

AUTOREFERAT.

4) **Gay de Montella** (Barcelona). **Histologische Studie über Nasen- und Kehlkopfmyxome. (Estudio histologico de los mixomas nasales y laringeos.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. V.*

Eine zusammenfassende Studie.

TAPIA.

5) **E. Estor. Multiloculäre branchiogene Cysten. (Multilocular branchiogenous cysts.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Es besteht eine gewisse Confusion in Bezug auf die Classification der angeborenen cystischen Halstumoren. Nach einem sorgfältigen Studium der in der Literatur verzeichneten Fälle constatirt Verf., dass seitlich am Halse multiloculäre Tumoren vorkommen, die von dem Ectoderm, dem Entoderm oder Mesoderm entstehen oder Bestandtheile aller drei Keimblätter gemischt enthalten. Diese Gewebe bilden die Auskleidung der cystischen Höhlen oder das intercystische Stroma. Diese Tumoren müssen sorgfältig von den polycystischen Parathyroidgeschwülsten getrennt werden. Die Entstehung dieser Geschwülste lässt sich nicht vollständig

durch die Hypothese von der Entwickelung von Neubildungen aus den Ueberresten des embryonalen Gewebes der Kiemenbögen erklären. Wir müssen vielmehr unsere Idee von ihrer Entstehung erweitern. Sie stellen embryonale Cysten von gemischtem Typus dar. Darunter finden sich Tumoren von allen embryonalen Typen vom wirklichen Teratom zu soliden oder cystischen Mischgeschwülsten und einfachem Embryoma oder Dermoidcysten. Es sind bisher nur 16 zweifellose Fälle von multiloculären Cysten beschrieben worden. LEFFERTS.

6) **C. A. Parker. Bericht über einen Fall von branchiogener Cyste. (Report of a case of branchiogenic cyst.)** *Transactions Chicago Pathological Society. August 1908.*

Der Fall ist nach Entwickelung, Localisation, Symptomen und Structur typisch; nach vollständiger Entfernung kein Recidiv. EMIL MAYER.

7) **Alexander Mc. Lennan. Die Function der Thymusdrüse. (The function of the Thymus Gland.)** *N. Y. Medical Journal. 21. November 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass Thymus und Schilddrüse entwickelungsgeschichtlich, anatomisch, physiologisch und pathologisch eng zusammenhängen.

Bei zwei Operationen am Menschen fand er, dass die Thymusdrüse sich in den linken Schilddrüsenlappen fortsetzte. Es giebt einen Typus von Morbus Basedow, bei dem nach Entfernung der Schilddrüse plötzlicher Tod eintritt; in diesen Fällen findet man bei der Autopsie eine Vergrösserung der Thymusdrüse. Er folgert daraus, dass, wenn bei Basedow'scher Krankheit die Thyreodectomie nöthig sei, man bei gleichzeitig bestehender Thymushypertrophie zuerst diese entfernen solle.

Bei manchen Krankheitszuständen, besonders Laryngismus stridulus, hat die Entfernung der Thymus gute Resultate gegeben; das Resultat ist kein mechanisches, sondern beruht auf der Unterdrückung der inneren Secretion. Verf. meint, bei Kretins solle gleichfalls die Thymusexstirpation versucht werden. Bei Kindern ist beim Verdacht auf vergrösserte Thymus höchste Vorsicht in Bezug auf die Anwendung von Anaestheticis geboten. LEFFERTS.

8) **L. Huismans. Zwei Fälle von Thymustod. (Two cases of death mechanically caused by the Thymus.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

H. berichtet über zwei plötzliche Todesfälle bei Kindern, denen keinerlei gefahrdrohende Symptome vorausgingen und die er dem mechanischen Einfluss der Thymusdrüse auf Athmung und Circulation zuschreibt. Das eine Kind war 6 Monate alt; es begann plötzlich stertorös zu athmen, wurde cyanotisch und war innerhalb einer halben Stunde todt. Die Autopsie zeigte, dass die Trachea viel blutige seromucöse Flüssigkeit enthielt, beide Lungen theilweise hepatisirt, die Thymus sehr erheblich vergrössert, nahm fast den ganzen Thorax ein.

Das zweite Kind war 6 Wochen alt, starb ebenfalls nach stertorösem Athmen innerhalb kurzer Zeit. Auch hier fand sich eine sehr starke Thymushypertrophie. LEFFERTS.

9) **Otto Lerch. Thymusvergrösserung mit nervösen Symptomen. Eine vorläufige Mittheilung. (Thymus enlargement associated with nervous symptoms. A preliminary communication.)** *N. Y. Medical Journal. 13. März 1909.*

L. meint, die Diagnose sei nicht schwer zu stellen. Die immer vorhandenen nervösen Symptome und der trapezförmige Dämpfungsbezirk, der sich bei Lageveränderung aufhellt, führen zur Diagnose. Die Röntgenstrahlen und besonders die hochfrequenten Strahlen verursachen eine erhebliche Contraction der Drüse. Nach 5 Minuten langer Application eines hochfrequenten Stromes hat sich eine grosse Drüse erheblich verkleinert. Dies ist ein sehr werthvolles differentialdiagnostisches Zeichen, gleichzeitig aber auch ein ausgezeichnetes therapeutisches Mittel, denn in gewissem Maasse bleibt der Effect ein permanenter. In schweren Fällen kann chirurgische Behandlung versucht werden; Ruhe und hygienische Maassnahmen sind von gutem Einfluss.

Verf. bezeichnet die Thymushypertrophie als einen Morbus sui generis, für den er die Benennung „Thymokesis“ vorschlägt. Mittels der Percussion lassen sich bei Erwachsenen, selbst bis in das späteste Alter die Grenzen der Drüse genau feststellen. Bei allen von ihm bisher untersuchten Personen variirt die Grösse des mit Blut und Lymphe gefüllten Organs von 2 zu 3 cm, zu 12 und 12 cm an der Basis entsprechend dem Niveau der Sternoclaviculargelenke. Die der Basis parallele Spitze kann die Herzdämpfung erreichen. Der Dämpfungsbezirk hat die Form eines Trapezoids, dessen Seitenränder leicht gebogen sind. Man percutirt am besten, wenn der Patient in aufrechter Stellung mit nach hinten geneigtem Kopf ist. Abnorme Atrophie der Drüse fand sich bei gleichzeitigem progressiven Marasmus.

LEFFERTS.

10) **Barbier. Hypertrophie der Thymus; Compression der Trachea. (Hypertrophie du thymus; compression de la trachée.)** *Société de pédiatrie. 16. Februar 1909.*

Verf. theilt vier Beobachtungen mit:

1. 18 Monate altes Kind mit dauernden Einziehungen; plötzlicher Tod. Bei der Obduction findet man die Trachea im Niveau des Manubrium sterni deformirt und erweicht und um ihre Achse gedreht.

2. 6 Monate altes Kind mit starken Einziehungen. Die Radioskopie zeigte einen ausgedehnteren Schatten, als normal, hinter dem Manubrium sterni.

3. Kind mit Eczem des Gesichts stirbt plötzlich bei der Einlieferung in das Hospital, ohne irgendwie behandelt worden zu sein. Bei der Autopsie findet man enorme dreilappige Thymus, Trachea abgeplattet und deformirt.

4. 3 Monate altes Kind; Einziehungen und Fieber. Keine Diphtherie. Tod am 3. Tage. Bei der Autopsie findet man eine enorme die Trachea comprimirende Thymus.

A. CARTAZ.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die absolute Luftdurchgängigkeit der Nasenhöhlen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. Heft 6. 1909.*

Eine absolute Messung der Luftdurchgängigkeit für jede Hälfte der Nasenhöhle war bis jetzt nicht möglich. Verf. hat in Anlehnung an eine ältere Methode von Spiess ein Verfahren ausgebildet, welches für klinische Zwecke eine solche Messung hinreichend gestattet. Die Beschreibung des vom Verf. gebrauchten Apparates muss im Original nachgelesen werden. Genaue Messungen nach obiger Richtung hin sind besonders erwünscht zur exacten Lösung der Frage nach dem Erfolge der transversalen Gaumendehnung auf die verengte Nasenhöhle.

OPPIKOFER.

12) **G. Macdonald. Klima und Nase. (Climate and the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 8. August 1908.*

Verf. erörtert den Einfluss der atmosphärischen Luft — besonders ihres mehr oder weniger hohen Feuchtigkeitsgehalts — auf das erectile Gewebe des Naseninneren. Reizbarkeit der Nasenschleimhaut tritt gewöhnlich störender auf an der See und an windigen Plätzen, während Patienten mit atrophischer Rhinitis sich besser in feuchten Gegenden befinden.

LEFFERTS.

13) **Henry Glover Longworthy. Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie. (The x-ray in Rhinology.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. betrachtet den Nutzen der Röntgenstrahlen für die Chirurgie der Nase als einen ungemein hohen.

EMIL MAYER.

14) **Heermann** (Köln-Deutz). **Ueber Warmluftbehandlung bei Mittelohreiterung, Nasenkatarrhen und Geschwüren.** *Therap. Rundschau. 3. 1908.*

Kleiner Apparat, um warme Luft in das Ohr, in die Nase (oder auf Geschwüre) einzuführen.

SEIFERT.

15) **R. Gording** (Christiania). **Die Bier'sche Stasebehandlung in der Rhinologie angewandt. (Bier's Stasebehandling anvendt i rhinelogien.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Juli 1908.*

Verf. hat Versuche mit der Sondermann'schen Saugmaske angestellt und gute Resultate erreicht, besonders gegenüber acuten Fällen von Sinusiten, die mit secundären retrobulbären Augenaffectionen verbunden waren. Referirt einen in dieser Beziehung instructiven Fall. Spricht sich auch lobend für die Anwendung der Methode gegenüber Rhinitis atrophicans aus, wo die Saugmethode in Verbindung mit Ausspülungen sehr gute Resultate gegeben hat.

E. SCHMIEGELOW.

16) **Sprenger** (Stettin). **Schwammgummikugel mit Stiel zur Behandlung von Nasenleiden.** *Med. Klinik. 7. 1909.*

Zu verwenden bei einfachem chronischen Nasenkatarrh, chronischem Rachen-

katarrh, Ozaena, zur Nachbehandlung bei Naseneingriffen, bei Heufieber, zur Bekämpfung der Ansaugung der Nasenflügel. SEIFERT.

17) **L. Gilmer** (München). **Ueber chirurgische Schnellaufnahmen.** *Mit 2 Abb. und 15 Röntgenbildern auf 2 Tafeln. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1908.*

Gilmer berichtet über eine Reihe von Verbesserungen an Instrumentarium und Technik, die eingehend besprochen werden und zu kurzem Referat sich nicht eignen. Unter den Röntgenbildern befinden sich auch drei wohlgelungene Schädelaufnahmen: 1. Sonde in der Keilbeinhöhle (Expositionszeit $3^1/_2$ Secunden), 2. normale Schädelbasis (4 Secunden) und 3. linksseitige Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung (5 Secunden). HECHT.

18) **B. F. Rea. Chinin als Schnupfpulver bei acuter Rhinitis. (Quinine snuffed up the nose in acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. September 1907.*

Aufschnupfen von Chinin bringt fast sofort Erleichterung, indem die Nase wieder für die Athmung frei wird. LEFFERTS.

19) **Chas. E. Sajous. Hyperästhetische Rhinitis. (Hyperaesthetic Rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1908.*

Verf. gebraucht an Stelle der Bezeichnung „Heufieber“ den Ausdruck hyperästhetische Rhinitis, da der Krankheitszustand auch durch mannigfache andere Irritantien, als die Pollen, hervorgerufen wird. Wo anatomische Veränderungen, wie Polypen, Exostosen, Muschelhypertrophien vorhanden sind, durch welche nicht nur infolge Reizung die sensiblen Nervenendigungen der gegenüberliegende Schleimhautbezirk, sondern auch das Centrum, zu dem die sensorischen Impulse geleitet werden, d. h. der Trigeminus, hyperästhetisch gemacht werden, wird durch Entfernung dieser Auswüchse etc. leicht Heilung erzielt. In vielen Fällen hat Verf. durch Aetzung der hyperästhetischen Stelle die Erscheinungen zum Verschwinden gebracht. Da Verf. den Symptomencomplex so erklärt, dass durch die irritirende Ursache reflectorisch eine Dilatation der kleineren Gefässe und somit eine vermehrte Blutzufuhr zur Nasenschleimhaut, Conjunctiva etc. herbeigeführt wird, so folgert er, dass die besten Erfolge zu erzielen sind durch ein Mittel, das local oder auf dem sympathischen Wege eine Gefässverengerung bewirkt. Er bedient sich zu diesem Zweck einer Lösung von Adrenalin 1:10000. In Verbindung mit der Localbehandlung gab ihm die innerliche Anwendung von Belladonna die besten Resultate.

Verf. betrachtet in manchen Fällen auch die Gicht als eine dem Heufieber zu Grunde liegende Ursache; als das beste Mittel gegen gichtische Diathese bewährte sich ihm getrocknete Schilddrüse. LEFFERTS.

20) **A. Onodi** (Budapest). **Mucocele der mittleren Muschel.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

O. hat eine nussgrosse Knochenblase der linken Seite eröffnet, welche sich als eine Mucocele erwies. v. NAVRATIL-POLYAK.

21) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Einige Bemerkungen über Conchotomia inferior.** *Bericht der Jahresversammlung der Medicinischen Gesellschaft zu Kiushu. 1907.*

Der Verf. sieht die Conchotomia inferior als eine Mode unter den jetzigen Specialisten an und warnt vor dem dadurch verursachten Schaden, der hauptsächlich aus den folgenden Gründen entsteht:

1. Die meisten Rhinologen in Japan machen die Tamponade (meist Gaze) und lassen sie ein oder mehrere Tage in der Nasenhöhle liegen. Einige wechseln die Tampons während einer gewissen Zeit. Diese Tamponeinführung verursacht oftmals eine Otitis media acuta, besonders wenn eine Nebenhöhleneiterung vorhanden ist. Bei der Tamponade und Desinfection in der Rhinochirurgie muss man sehr vorsichtig sein.

2. Wenn man ohne genaue Kenntniss vom normalen Zustande der unteren Muschel die Conchotomia ausführt, so beraubt man den Patienten der Functionen des Schwellkörpers. Einige Specialisten tragen die Muschel von der Wurzel ab und die anderen nehmen selbst die normal functionirenden Muscheln weg, besonders wenn eine Deviatio mit Crista vorhanden ist.

K. nennt die atrophischen Zustände mit chronischem Rachenkatarrh nach der excessiven Conchotomia inferior „Rhinitis atrophica chronica operativa".

K. unterscheidet die wirkliche nach Cocain-Adrenalisirung bestehen bleibende von der vasomotorischen Anschwellung. Bei der Hypertrophie empfiehlt K. die Conchotomia inferior mit Heymann'scher Scheere und kalter Schlinge nur in den Weichtheilen. Der Knochen soll nur bei hochgradiger Hypertrophie theilweise abgetragen werden. K. pinselt $H_2O_2$ auf die Wunde und macht keine Tamponade. Wenn eine Deviatio resp. Crista vorhanden ist, muss man sie erst submucös operiren.

AUTOREFERAT.

22) **Y. Sakakida. Conchotomia inferior submucosa ohne Tamponade.** *Dainihon-Jibiinkokwa-kwaikwaiho. Bd. XIV. Heft 1. 1908.*

Als Vortheile der submucösen Conchotomie rechnet S. die Erhaltung des Schwellgewebes, schnelle Heilung der Wunde, Ausschalten der Beschwerden wegen der Tamponade und die Erleichterung der reactiven Symptome, aber es scheint dem Referenten, dass diese submucöse Methode der Mühe nicht werth ist. Die S.'sche Methode ist im Grossen und Ganzen der Jankauer'schen ähnlich.

INO KUBO.

23) **C. C. Miller. Die schnellste, wirksamste und unblutigste Methode zur Abtragung der Muscheln. (Most rapid, effective and least bloody method of turbinal removal.)** *Medical Fortnighthy St. Louis. 26. October 1908.*

Verf. empfiehlt die Anwendung einer hämostatischen Zange. Die Schleimhaut wird cocainisirt, dann die Scheerenblätter unter resp. über die abzuschneidende Muschel geschoben und die Scheere geschlossen.

EMIL MAYER.

24) **O. Frese** (Halle a. S.). **Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 459. 1908.*

Verf. ist auf Grund mehrjähriger Beobachtungen (61 Fälle) zu der Ueber-

zeugung gekommen, dass die hereditäre Syphilis eine wesentliche Rolle in der Vorgeschichte der Ozaena spielt.

Bei 5 dieser Fälle ist geradezu der Beweis der hereditären Lues geliefert (die Krankengeschichten werden beigefügt), bei 11 weiteren ist sie mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Die Diagnose gründet sich auf die sicheren Indicien in Anamnese und Status. Der Tuberculose oder skrophulösen Diathese kann Verf. nach seinen Erfahrungen keinen nennenswerthen Einfluss auf die Ausbildung der Ozaena einräumen. Bei einem Theil der Fälle war eine muthmaassliche Ursache für die Entwickelung der Ozaena nicht zu eruiren. Die Entstehung der Ozaena führt Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf eine directe locale Schädigung der Nasenschleimhaut durch das syphilitische Virus zurück; für diese Vorgänge geben analoge Verhältnisse bei der acquirirten Syphilis wichtige Fingerzeige.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

25) **Alexander** (Berlin). **Serodiagnostische Untersuchungen zur Frage der Beziehungen zwischen Ozaena und Syphilis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 669. 1909.*

A. hat bei 26 Ozaenakranken die Wassermann'sche Reaction ausführen lassen; unter den Untersuchten fanden sich keine, die von vornherein luesverdächtig waren. Das Resultat der Blutuntersuchung war in allen 26 Fällen ein negatives. A. macht aber darauf aufmerksam, dass dieser negative Ausfall nichts beweist und nicht etwa zur Annahme verwertet werden darf, dass die Syphilis in der Aetiologie der Ozaena keine Rolle spielt. Es giebt Fälle von scheinbar einfacher Ozaena, die sicher auf luetischer Grundlage entstanden sind.

OPPIKOFER.

26) **M. Lasaygues. Ueber die Beziehung der Ozaena zur hereditären Syphilis. (De l'orgine hérédo-syphilitique de l'ozène.)** *Dissert. Paris 1908.*

Die Ozaena ist oft nichts anderes, als Folgezustand einer hereditären Syphilis.

OPPIKOFER.

27) **J. M. Steiner. Ueber Ozaena.** *(Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden.)*

Discussion:

v. Navratil jun.: In Fällen, wo Nasenrachen, Rachen und Nebenhöhlen in Mitleidenschaft gezogen werden, ist der Eiter heller und dünnflüssiger. Den ozaenatösen Gesichtstypus hat v. N. nicht immer gefunden.

Donogány: Geschwulst und Nebenhöhlenempyem kommen häufig zusammen vor.

Baumgarten: Ozaenatöse Processe, welche nach Entfernung von Geschwülsten sich in vacuo entwickeln, bilden sich mit der Zeit zumeist zurück.

Steiner erklärt, dass er an dem Bestehen eines ozaenatösen Gesichtstypus festhält.

v. NAVRATIL-POLYAK.

28) **Ross H. Skillern** und **E. Burvill Holmes. Vorläufiger Bericht über Vaccinebehandlung der atrophischen Rhinitis (Ozaena). (Preliminary report on the vaccine treatment of atrophic Rhinitis [Ozaena].)** *N. Y. Medical Journal. 15. August 1908.*

Bericht über 2 Fälle, die mit einer Vaccine von der combinirten Cultur eines aus Reincultur vom Abel'schen Bacillus gewonnenen Serums behandelt wurden. Die Injectionen wurden zuerst zweimal täglich in den Arm gemacht. Im ersten Falle war nach 3 Wochen merkliche Abnahme der Borkenbildung zu constatiren, ebenso Nachlassen des Foetor. Nach einem intercurrenten Scharlach, während dessen die Behandlung ausgesetzt werden musste, war nach 2 Monaten der Zustand so schlecht wie vorher,

Bei einer 30jährigen Frau war während der ersten 14 Injectionen gleichfalls Besserung zu constatiren, dann trat plötzliche Verschlechterung ein, so dass der status quo ante wieder vorhanden war. Patientin fühlte sich, ihrer Aussage nach, während der Behandlung besser als je zuvor.

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass, wenn es gelinge, Reinculturen vom Bac. mucosus capsulatus zu erhalten, die Resultate günstiger sein werden.

LEFFERTS.

29) **Mermod** (Lausanne). **Submucöse Resection bei Ozaena. (Submucous resection in ozena.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. geht von der Thatsache aus, dass bei einseitiger Ozaena stets die weite Nasenhöhle die erkrankte ist; auf dieser Seite pflegen die Muscheln atrophisch zu sein. Auf der anderen Seite greift eine compensatorische Hypertrophie Platz. Verf. empfiehlt in diesen Fällen submucöse Resection der Nasenscheidewand, da dadurch das Gleichgewicht wieder hergestellt werde. Er berichtet über 4 Fälle; in 3 trat erhebliche Besserung, im vierten Heilung ein.

EMIL MAYER.

30) **D. N. Kinsman. Rhinorrhoea cerebrospinalis. (Cerebrospinal Rhinorrhea.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Stirn, Wangen und Kinn waren infolge des constanten Gebrauchs von Handtüchern, mit denen Pat. die Absonderung am Herabfliessen auf ihre Kleidung abzuhalten suchte, mit einem Eczem bedeckt. Sie konnte willkürlich, je nachdem sie den Kopf nach vorn oder hinten neigte, das Secret aus der Nase oder dem Rachen abfliessen lassen. Sie war mit allen möglichen Mitteln (auch Belladonna und Arsen) behandelt worden, aber ohne Erfolg.

Die Flüssigkeit, die in einer Menge von 3 Tropfen pro Minute abgesondert wurde, war transparent, darin schwammen Schleimflocken. Beim Stehen setzte sich ein Niederschlag von Epithelzellen aus der Nase. Zellen aus den Cerebrospinalhöhlen wurden nicht gesehen. Die Flüssigkeit war alkalisch, mit schwacher Reaction für Chlornatrium. Bei Anwendung von Hitze und Salpetersäure kein Niederschlag. Beim Abkühlen bildete sich eine schwache weissliche Trübung, die die Anwesenheit von Albumen anzeigte; bei der Fehling'schen Probe bildete sich ein orange-rother Niederschlag.

EMIL MAYER.

31) **Vigouroux** (Paris). **Ausfluss von Meningocerebrospinalflüssigkeit durch die Nase. (Ecoulement de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales.)** *La Presse médicale. 17. Mai 1909. No. 39.*

Gelegentlich einer eigenen Beobachtung giebt Verf. eine Uebersicht über die bereits publicirten gleichen Fälle.

Bei einem schwächlichen, erblich belasteten Degenerirten begann der Ausfluss plötzlich im Alter von 28 Jahren im Anschluss an einen heftigen Kopfschmerz, der danach verschwand.

Bei der Autopsie fand sich: Vergrösserung des Plexus choroideus im IV. Ventrikel, Vergrösserung der Löcher in der Lamina cribrosa, Dilatation der Seitenventrikel, des Aquaeductus Sylvii und des III. Ventrikels. GONTIER de la ROCHE.

32) **S. Inomata. Ein Fall von Rhinitis fibrinosa.** *Japan. Zeitschrift f. Oto-rhino-laryngologie. Bd. XIV. Heft 5. 1908.*

Ein 9jähriger Knabe klagt über Nasenverstopfung, Epistaxis und vermehrten Secretausfluss, aber keine Temperatursteigerung. Beide Nasenhöhlen sind mit weisser Membran belegt, worin man Diphtheriebacillen culturell sowie mikroskopisch constatiren konnte. Durch Serumtherapie ist die Krankheit rasch besser geworden. INO KUBO.

33) **Ljaschenko. Diphtherie und Rose der Nase beim combinirten Verlauf. (Difteritii rosha nosa pri sowmestnom tetschanii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 483. 1908.*

Beschreibung eines Falles, bei dem Antidiphtherie- und Antistreptokokkenserum gute Dienste that. P. HELLAT.

34) **Gereda** (Madrid). **Sechs Fälle von isolirter Nasendiphtherie. (Seis casos de difteria nasal aislada.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 21. März 1908.*

Nichts Neues. TAPIA.

35) **Valentin** (Lille). **Ein Fall von Lupus der Nasenhöhle durch Paratoxin geheilt. (Un cas de lupus des fosses nasales guéri par la paratoxine.)** *Rev. hebdom. de laryngol. No. 18. 1908.*

Bei einem 40jährigen Patienten, bei dem schon verschiedentlich Curettage und Milchsäureätzungen versucht worden waren, sah Verf. in einem Monat Vernarbung der erkrankten Partien auftreten unter Aufblasen von Paratoxin (öliger Extract von Galle). BRINDEL.

36) **Lafitte Dupont** und **Molinier** (Bordeaux). **Diagnostische Tuberculinreaction auf der Nasenschleimhaut. (Réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La Rhinoréaction.)** *Presse médicale 13. März 1909.*

Die Reaction tritt 18—48 Stunden ein, nachdem die Schleimhaut mit Tuberculin eingerieben ist; sie verschwindet in 7—8 Tagen. Sie ist charakterisirt durch das Auftreten eines Exsudats, das auf die Applicationsstelle localisirt ist und eine congestionirte, ja sogar hämorrhagische Schleimhaut bedeckt.

Die Reaction ist schmerzlos, ohne Gefahr und kann ohne Wissen des Patienten angestellt werden. GONTIER de la ROCHE.

37) **John V. Shoemaker. Ein Fall von Tuberculose der Nase und Zerstörung der tieferen Gewebe. (A case of Tuberculosis involving the nose with destruction of the deeper tissues.)** *Journal of the American Medical Association. 14. September 1907.*

Bei der Patientin entwickelte sich 6 Wochen nach einer Fractur der Nase eine Ulceration am linken Nasenflügel, die auf die linke Wange und Oberlippe übergriff; die Ulceration ging dann auch auf den rechten Nasenflügel über und es kam zur Zerstörung der Knorpel und der tieferen Gewebe. Histologische Untersuchung ergab Tuberculose. Die örtliche Behandlung bestand in Aetzungen mit reiner Carbolsäure, die alle 3—4 Tage vorgenommen wurden. Unter gleichzeitiger guter Ernährung und Darreichung von Kreosot trat erhebliche Besserung ein.

EMIL MAYER.

38) **Menzel** (Wien). **Zur Kenntniss des harten Schankers in der Nasenhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 7. 1909.*

Infection durch den inficirten bohrenden Finger, Secundärinfection der regionären Lymphdrüse unter dem Bilde einer Angina Ludovici.

CHIARI-HANSZEL.

39) **Siems** und **Rajat. Syphilitischer Schanker der Nasenhöhlen. (Chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Eine typische Form. Nichts Besonderes. BRINDEL.

40) **Hélot. Behandlung der Epistaxis durch Kälte. (Traitement de l'épistaxis par le froid.)** *Arch. Intern. de Laryngologie. Mai-Juni 1907.*

Historische Betrachtungen über die einst beliebte Methode, einen Schlüssel in den Nacken zu legen. Die Fernwirkung der Kälte besteht dabei in einem gewissen vaso-constrictorischen Effect. Ihre locale Anwendung auf die blutende Stelle ist sicherer. BRINDEL.

41) **Schiffers** (Lüttich). **Die Serotherapie bei Nasenbluten. (Sérothérapie dans les épistaxis.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngol. Gesellschaft vom Juni 1907. PARMENTIER.

42) **Ravasa** (Lérida). **Klinische Studie über Nasenbluten. (Estudio clinico de las epistasis.)** *Boletin medico de Lérida. 1908.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

43) **Putschkowski. Nasenblutungen und ihre Therapie. (Nosowejá krowotetschnija i ich terapia.)** *Jeshemesjatschnik. p. 334. 1908.*

Eine Zusammenstellung der Ansichten verschiedener Autoren. P. HELLAT.

44) **Hellmann** (Würzburg). **Zur Behandlung des habituellen Nasenblutens.** *S.-A. aus der Münchener med. Wochenschr. No. 22. 1907.*

Autor empfiehlt „die Behandlung habituell blutender Phlebectasien und Varicen des Septums und des Nasenbodens mit scharf schneidenden Instrumenten". „Die Gefässe", die nach Cocain-Suprarenin-Application scharf hervortreten, „werden der Länge nach mit spitzigem, sichelartigem Messerchen geschlitzt, an ihr peripheres und centrales Ende wird ein kleiner entspannender Querschnitt gelegt. Coulissenartig vom Septum zum Nasenboden ziehende Schleimhautfalten werden nach Längsschlitzung der Gefässe mehrfach eingekerbt. Bei dichter, netzartiger Anordnung der Venen empfiehlt sich multiple Skarification kreuz und quer, wie bei Acne rosacea". Nachblutung kam bei 10 auf diese Weise behandelten Fällen nicht vor. Die Bildung neuer Phlebectasien wird auch durch diese Methode nicht verhindert, doch schädigt sie Epithel, Drüse und Bindegewebe weit weniger wie Aetzung und Kaustik.

HECHT.

45) **Otto Mayer** (Graz). **Ueber histologische Veränderungen der Nasenschleimhaut bei Leukämie und über die Entstehung des Nasenblutens bei dieser Erkrankung.** *Mit 6 Abbild. im Text. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1908.*

Eine 31jährige, an Leukämie mit starkem Nasenbluten leidende Patientin erlag einer leukämischen Apoplexie. Mayer untersuchte die der Leiche entnommenen Theile der Nasenmuscheln und des knorpligen Septums und berichtet eingehend über deren histologischen Befund, an dem insbesondere die Infiltration der Schleimhaut und der ausserordentliche Reichthum an Blutgefässen, sowie die Dilatation derselben, insbesondere der Venen, auffielen. Mit Rücksicht auf den beobachteten Fall erklärt Autor die Entstehung des Nasenblutens bei Leukämischen folgendermaassen: „Durch die Infiltration der Schleimhaut wird ein Juckreiz ausgelöst, welcher dem Patienten Veranlassung giebt, in der Nase zu bohren, wodurch eine Verletzung der Septumschleimhaut entsteht, die infolge der oberflächlichen Lage dilatirter Gefässe zu einer abundanten Blutung führt. Die entstandene Verletzung heilt im leukämischen Gewebe nicht, sondern es entwickelt sich aus dem Substanzverlust ein Geschwür; der Gefässreichthum des Geschwürsgrundes ist die Ursache, dass schon kleine mechanische Läsionen zu Blutungen führen." „Bei der ausserordentlichen Dilatation der Blutgefässe der Muschelschleimhaut können stärkere Steigerungen des Blutdruckes, wie sie beim Husten, Niessen, Schneuzen entstehen, bereits zur Ruptur von Gefässen und somit zur Epistaxis führen."

HECHT.

46) **L. Löwe** (Berlin). **Zur Chirurgie der Nase.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 4. 1909.*

Schilderung seines Decorticationsverfahrens und Angabe einer Methode der Freilegung der Hypophyse, die mit einigen technischen Modificationen 6 mal von Chirurgen ausgeführt wurde.

HANSZEL.

47) **O. Hirsch** (Wien). **Eine neue Methode der endonasalen Operation von Hypophysentumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

In Form einer vorläufigen Mittheilung beschreibt H. seine endonasale Me-

thode, die sich folgendermaassen gestaltet: Unter Cocainanästhesie wird die mittlere Muschel entfernt, nach einigen Tagen das vordere und hintere Siebbein ausgeräumt, nach einer weiteren Pause wird die vordere Keilbeinwand in toto abgetragen und wieder erst nach einigen Tagen die Eröffnung des Hypophysenwulstes und die Duraschlitzung vorgenommen. CHIARI-HANSZEL.

48) **W. Sohier Bryant. Strictur der Tuba Eustachii und deren verderbliche Folgen, zurückgeführt auf Verwachsungen in der Rosenmüller'schen Grube. (Stricture of the Eustachian Tube with its baneful consequences traced to adhesions in the fossa of Rosenmüller.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

In der Rosenmüller'schen Grube kommen Adhäsionen und Verengerungen vor, die die physiologische Action der Tube beeinträchtigen und zu deren Strictur führen. Man kann dies durch das Salpingoskop feststellen. Um die Erscheinungen seitens des Mittelohres zu beseitigen, ist zunächst eine Behandlung der in der Rosenmüller'schen Grube gefundenen Veränderungen geboten. Alles in ihr auffindbare lymphatische Gewebe muss mit der Curette entfernt, eventuelle Verwachsungen gelöst werden; letzteres kann in vielen Fällen am besten mit dem Finger gemacht werden, bisweilen muss das Messer dazu genommen werden. In jedem Fall muss man darauf gefasst sein, den Eingriff öfter wiederholen zu müssen. Die Heilung wird durch Argentumätzungen befördert. LEFFERTS.

49) **Iwanoff** (Moskau). **Plastische Operationen bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 545. 1909.*

Wenn narbige Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand operativ beseitigt sind, so ist bei der grossen Tendenz von Wiederverwachsungen das Offenhalten der geschaffenen Oeffnung sehr schwer. Ist bei solchen Verwachsungen des Velums mit der hinteren Rachenwand die Uvula freigeblieben, so benützt I. — in einem Falle von Lues, dessen Krankengeschichte wiedergegeben wird — die Uvula als plastisches Material. Die Uvula wird mit dem Messer in zwei gleich grosse Theile getrennt und dann die eine Uvulahälfte nach links und die andere nach rechts an den hinteren durchschnittenen Velumrand angenäht.

Bei allen plastischen Operationen des weichen Gaumens ist die Gummitamponade, da sie nicht klebt, unbedingt nothwendig; zu diesem wird ein gewöhnlicher Gazetampon mit einer dünnen Gummileinwand umhüllt. OPPIKOFER.

## c. Mundrachenhöhle.

50) **G. H. Edington. Macrostoma mit gleichzeitiger Spaltung des weichen Gaumens. (Macrostoma associated with cleft of soft palate.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1909.*

Fall eines weiblichen Kindes, bei dem eine persistirende Mandibularfissur vom rechten Mundwinkel bis zum Tragus reichte. A. LOGAN TURNER.

51) **E. Debonnelle. Die Dermoidcysten des Mundhöhlenbodens. (Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.)** *Dissert. Paris 1908.*

D. beobachtete bei einem 19jährigen Mann eine Dermoidcyste des Mund-

bodens. Er bespricht den Fall ausführlich und giebt zwei Photographien, die zeigen, wie der weiche, gelbliche Tumor sich im Munde unter der Zunge und aussen am Halse über dem Zungenbein vorwölbt. Dann stellt Verf. 77 weitere analoge Fälle aus der Literatur zusammen.

OPPIKOFER.

52) **Boada** (Barcelona). **Ludwig'sche Angina. (Angina de Ludwig.)** *La Medicina de los ninos. Juni 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

53) **J. J. Thomas. Ludwig'sche Angina. (Ludwig's Angina.)** *Journal of Surgery. Februar-März 1908.*

Nach Ansicht von Th. beruht die Todesursache bei Ludwig'scher Angina nicht auf septischer Intoxication, sondern auf einer Beeinträchtigung der Respiration. Er betrachtet die Krankheit als eine schnell sich ausbreitende Zellgewebsentzündung, die als eine geringfügige Lymphadenitis in der Gegend der Submaxillardrüse beginnt und sich auf den Mundboden und den Pharynx ausbreitet. Irgend eine Oberflächenläsion in der Nachbarschaft stellt den primären Herd dar. Der Streptococcus allein oder mit anderen Organismen ist der Infectionsträger. Der Tod erfolgt gewöhnlich dadurch, dass der Larynx befallen wird. Die gefährlicheren Fälle sind diejenigen, in welchen die Affection im Rachen oder Kehlkopf beginnt. Die pathologischen Veränderungen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen bei jeder anderen pyogenen Infection unter ähnlichen anatomischen Verhältnissen.

Was die Behandlung betrifft, so geben Incisionen in den Mundboden gewöhnlich kein befriedigendes Resultat. Die mediane suprahyoidale Incision verdient deswegen nicht, gewählt zu werden, weil sie den primären Infectionsherd nicht trifft; sie ist nur da anzuwenden, wo eine evidente submentale Eiteransammlung vorhanden ist. Die submaxillare Incision, d. h. der Schnitt oberhalb des Trigonum submaxillare und parallel dem unteren Rand der Wange, wird in der Mehrzahl der Fälle den Eiterherd freilegen. Eventuell müssen die M. mylohoidei durchtrennt und das sublinguale Gewebe freigelegt werden. Es wird Localanästhesie empfohlen.

EMIL MAYER.

54) **A. Hald** (Kopenhagen). **Ein Fall von Cheiloplastik ad modum Stein. (Et Tilfälde af Cheiloplastik ad modum Stein.)** *Hospitals Tidende. No. 39. p. 1128. 1908.*

Diese im Jahre 1848 von dem genialen dänischen Chirurgen Stein angegebene Methode ist von Kr. Poulsen in einem Falle mit sehr schönem Erfolge ausgeführt worden. Die Methode hat hauptsächlich für den Chirurgen Interesse und soll darum hier nicht referirt werden.

E. SCHMIEGELOW.

55) **Gueyrat** und **M. Pinard. Weicher Lippenschanker. (Chancre simple de la lèvre.)** *Société méd. des hôpitaux. 26. Februar 1909.*

Der weiche Schanker der Lippe ist selten. Im vorliegenden Fall stützt sich die Diagnose darauf, dass am Penis zwei weiche Schanker vorhanden waren. In

dem Lippenschanker wurden die Ducrey'schen Bacillen gefunden; die Ueberimpfung des Schankers war positiv.

A. CARTAZ.

56) **V. P. Blair. Anatomie und Chirurgie des harten Gaumens beim Kinde. (Anatomy and Surgery of the hard palate of the infant.)** *Interstate Medical Journal. März 1909.*

Die Arbeit besteht hauptsächlich in einer Erörterung über die besten bei der Gaumenspalte anzuwendenden Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

57) **Bogoslawski. Hypsistaphylia.** *Dissert. Petersburg 1908.*

Gegenstand der ungemein mühsamen Arbeit ist nach des Autors eigenen Worten „genaue kritische Analyse der Siebenmann'schen Theorie“ über den hohen Gaumen.

Die Arbeit wurde unter der Leitung von Prof. Schawlowski in Petersburg ausgeführt. Sie zerfällt in einen anthropologischen und einen anatomischen Theil. Gemessen und untersucht wurden 1000 Schädel, unter ihnen 200 Plattgaumler, 200 Hochgaumler, 141 mit Zahnanomalien, 50 deformirte Schädel und 50 auf Stenogrammen.

Die Messungen wurden nach verschiedenen Systemen und Gesichtspunkten vorgenommen.

Der Arbeit ist eine grosse Anzahl Tabellen, Diagramme, verschiedene Zeichnungen und Abbildungen hinzugefügt. Die Literaturangaben belaufen sich auf ca. 260 Nummern. Leider mangelt es etwas an Systematik und in Folge dessen an Einheitlichkeit und Klarheit.

Die anthropologischen Angaben von Siebenmann finden im Allgemeinen eine Bestätigung. Der Hypsistaphyle ist zugleich Leptoprosop und Leptorrhin. Im Einzelnen finden sich jedoch grosse Unterschiede. Die Leptoprosopie wie auch die Leptorrhinie ist nur eine relative. Das Gesicht ist bei Hypsisstaphylie nicht schmäler, wohl aber höher als bei Platystaphylie. Dasselbe bezieht sich auf die Nase. Die vordere und hintere Oeffnung der Nase ist bei Hypsistaphylie sogar breiter als gewöhnlich.

Diesen Schluss zieht B. aus den Messungen von 100 Platt- und 100 Hochgaumlern. Demnach ist auch die Athmungsweite der Nase bei Hypsisthaphylie um 1—2 pCt. grösser als bei Platystaphylie.

Die Hochgaumler haben eine gewisse Neigung zu Prognatismus. Die Häufigkeit der Septumdeviation steigt mit Hypsistaphylie, aber nicht die Schwere der Deviation. Es giebt keinen Zusammenhang zwischen Zahnanomalien und Hypsistaphylie.

Die Angabe von Siebenmann, die angeborene Atresie der Nase und der Choanen, d. h. das Hauptargument für Aufrechterhaltung seiner Hypothese, spiele bei der Hypsistaphylie keine Rolle, wird durch die Zahlen von B. durchaus widerlegt.

Die Zahlenangaben von Bogoslowski stützen sich auf 124 Fälle von Atresie. Danach stellt sich heraus, dass bei angeborener Mundathmung Hypsistaphylie in 81 pCt. beobachtet wird.

P. HELLAT.

58) **L. Th. Schleurholts Boerma** (Utrecht). **Der hohe Gaumen. (Het verhoogde palatum.)** *Tijdschr. v. Tandheelk. XVI. H. 3.*

Zur Erklärung der Entstehung des hohen Gaumens infolge von Mundathmung weist B. besonders auf den fehlenden negativen Druck in der Mundhöhle hin.

H. BURGER.

59) **L. W. Dean. Dehnung des Gaumengewölbes; ihr Einfluss auf Nase und Nasenrachen. (Widening of the palat arch; its influence on the nose and naso-pharynx.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. September 1908.*

Durch die Dehnung des Gaumengewölbes wird der Nasenboden verbreitert und die Entwickelung der zurückgebliebenen Theile angeregt. EMIL MAYER.

60) **Williams Watson. Bericht über einen Fall von Fensterung der vorderen Gaumenbögen. (Notes on a case of fenestration of the anterior pillars of the fauces.)** *Lancet. 25. Januar 1908.*

Wahrscheinlich handelt es sich um eine angeborene Anomalie. Es bestanden keine subjectiven Symptome. Die vorderen Gaumenbögen wurden bei der Phonation contrahirt; es war augenscheinlich, dass die Innenränder des Fensters auf jeder Seite von Muskeln gebildet waren, die nach unten zur Zunge zogen und von normaler Schleimhaut überzogen waren. Die hinteren Gaumenbögen waren von besonderen zur seitlichen Rachenwand ziehenden Muskelbündeln gebildet. Der Aufsatz ist illustrirt. ADOLPH BRONNER.

61) **Alexander Hugh Ferguson. Hasenscharte und Gaumenspalte. (Harelip and cleft palate.)** *Journal American Medical Association. Mai 1908.*

Giebt eine ausführliche Uebersicht über die verschiedenen Varietäten der Spaltbildungen und über die dabei zu empfehlenden Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

62) **G. A. Stimson. Angeborene Insufficienz des Gaumens. (Congenital insufficiency of the palate.)** *The Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Verf. theilt einen hierher gehörigen Fall mit. Das Gaumengewölbe war hoch und spitzbogenförmig, die Uvula kurz und zweigetheilt, der weiche Gaumen ververkürzt. EMIL MAYER.

63) **Botey** (Barcelona). **Chirurgische Behandlung der Gaumensegelinsufficienz. (Tratamiento quirurgico de la insuficiencia velo-palatina.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. p. 48.*

Man kann in der Praxis drei Arten von Fällen beobachten:

a) Kürze der Gaumenwölbung ohne Insufficienz des Gaumensegels.

b) Insufficienz des Gaumensegels bei normaler Wölbung.

c) Kürze der Gaumenwölbung mit Insufficienz des Gaumensegels.

Das hauptsächlichste und constanteste Symptom ist die näselnde Sprache; Zurückfliessen der Flüssigkeit beim Trinken ist nicht so häufig.

Die Behandlung Botey's beruht auf der Annäherung der hinteren Gaumenbögen an die hintere Rachenwand. Verf. beschreibt einige von ihm zu diesem Zweck angegebene und benutzte Instrumente. Die Technik der Operation besteht darin, dass eine oder zwei Elipsen aus der Schleimhaut der hinteren Pharynxwand herausgeschnitten und die Ränder der Incision vernäht werden. Die Resultate sind sehr gut, aber nicht vollkommen.

TAPIA.

64) **J. Percy Fridenberg. Angeborene Spaltung der Gaumenbögen und Isolation des Musculus palato-glossus. (Congenital detachment of faucial pillars and isolation of palato-glossus muscle.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Die bilateralen und symmetrischen Spaltungen im Gaumenbogen sind fast stets angeboren. Verf. berichtet über einen hierher gehörigen Fall.

EMIL MAYER.

65) **J. Barnhill. Die Correction von Hasenscharten und Gaumenspalten. (The repair of hare-lip and cleft palate.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Die beste Zeit für die Operation ist — ausser wenn das Kind schlecht genährt oder anderweitig erkrankt ist — unmittelbar nach der Geburt. Wird das Kind erst kurz vor dem Zahnausbruch zum Chirurgen gebracht, so ist es besser, jenen erst abzuwarten, bevor man operirt. Das Kindesalter ist auch darum die beste Zeit für die Operation, weil bessere Chancen für die Phonation und Sprache bestehen. Wird die Operation verweigert, so gelingt es auch noch in späterem jugendlichen Alter bisweilen, zufriedenstellende kosmetische und functionelle Resultate zu erzielen. Bei der Operation ist vor allem auch darauf zu achten, dass die Gaumenmuskeln so wenig wie möglich verletzt werden; je weniger dies der Fall ist, desto besser ist nachher die Function.

EMIL MAYER.

66) **J. O. Roe. Eine neue plastische Operation für narbige Contracturen und Verwachsungen von Gaumen und Rachen. (A new plastic operation for cicatricial palato-pharyngeal contractures and adhesions.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Januar 1909.*

Für Narbencontracturen oder Verwachsungen im Nasenrachenraum als Folge von Ulcerationen oder Traumen schlägt Verf. eine Operationsmethode vor, die darin besteht, dass — nach Ablösung der Adhäsionen — die gegenüberliegenden Wundflächen mit Schleimhaut bedeckt werden, die von der Nachbarschaft entnommen ist.

LEFFERTS.

67) **Goris** (Brüssel). **Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen nach der Bardenheuer'schen Methode.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 23. 1909.*

Um nach der Totalresection des Oberkiefers den Hohlraum zu vermeiden und sofort eine autoplastische Wiederherstellung zu erzielen, hat G. bei einem 55jährigen Patienten mit Sarkom des rechten Oberkiefers die von Bardenheuer angegebene Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen mit gutem Erfolge angewendet. G. glaubt, dass dieses Verfahren dem Tragen eines künstlichen Gebisses vorzuziehen ist.

OPPIKOFER.

68) **E. Souchon. Die philosophische Anatomie der Zunge. (The philosophical anatomy of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 15. Mai 1909.*

Verf. definirt als „philosophische Anatomie“ das Studium von der Ursache der Dinge, von den Principien und allgemeinen Gesetzen der Anatomie und von den Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung.

Nase, Zunge und Haut sind die einzigen Sinnesorgane, die ausserdem noch andere Functionen erfüllen. Die Zunge ist neben dem Herzen das einzige Organ, bei dem man Basis, Körper und Spitze unterscheidet; sie ist das einzige Organ, das aus der Höhle, in der es gelegen ist, herausgestreckt werden kann. Kein anderes Organ kann so seine Gestalt ändern und ist so beweglich. Sie hat eine doppelte Structur, gemäss seiner doppelten Function, der sensorischen und motorischen. Ihre Farbe wechselt mehr als die jeden anderen Organs. Sie ist das einzige Organ, das die drei Arten von Nerven enthält: den specifischen Sinnesnerv, den sensiblen Nerv und den motorischen Nerv u. s. w. LEFFERTS.

69) **R. Girandeau. Beitrag zum Studium der schwarzen Haarzunge. (Contribution à l'étude de l'hyperkératose papillaire linguale; langue noire pileuse.)** *Dissert. Paris 1908.*

G. hat im Verlaufe von 18 Monaten „ungefähr 30 Fälle“ schwarzer Haarzunge beobachtet. Mittheilung von 14 Krankengeschichten.

In allen diesen Fällen zeigte der Speichel saure Reaction. Die Acidität des Speichels kommt zu Stande unter dem Einflusse einer Munderkrankung oder Allgemeinkrankheit, nach Gurgeln von Medicamenten mit saurer Reaction (Wasserstoffsuperoxyd, Chromsäure etc.). Der Acidität des Speichels glaubt G. beim Zustandekommen der Haarzunge eine grosse ätiologische Bedeutung beimessen zu müssen, und ist deshalb nicht einverstanden, dass Papon und Blegvad Wasserstoffsuperoxyd bei der Haarzunge als therapeutisches Mittel empfehlen.

Wie die überwiegende Mehrzahl der Autoren, so ist auch G., gestützt auf eigene mikroskopische Präparate, der Ansicht, dass es sich bei der Haarzunge nicht um eine parasitäre Erkrankung, sondern um eine Hyperkeratose des Epithels der hypertrophischen Papillae filiformes handelt. Für die Schwarzfärbung kann G. keine ganz sichere Erklärung abgeben. OPPIKOFER.

70) **T. L. Gilmer. Ranula.** *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Verf. ist zu der Anschauung gelangt, dass die gewöhnliche Ansicht, nach der die Ranula durch Verlegung der Ausführungsgänge der Glandula submaxillaris oder sublingualis bedingt sei, falsch ist. Seine Beobachtungen haben vielmehr in ihm die Ueberzeugung erweckt, dass die Ranula in den meisten Fällen entweder auf einer cystischen Degeneration eines von der Hauptdrüsenmasse getrennten Theils der Sublingualis beruht oder dass es sich um Cysten der Schleimdrüsen am Mundboden handele. Steine in den Drüsen betrachtet er nur als nebensächliches Vorkommniss bei schon bestehenden krankhaften Veränderungen; er hat solche stets nur im Ductus Whartonianus gefunden. Die Aetiologie der sogenannten Mikulicz'schen Krankheit ist unklar. Ferner berichtet Verf. noch über Tuberculose der Gland. sublingualis und führt Fälle davon an. LEFFERTS.

71) **R. Vitto-Massei** (Neapel). **Ein Fall von Hypertrophie der Zuckerkandl'schen Drüse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 727. 1909.*

Der kastaniengrosse Tumor an der Zungenbasis bei einer 17jährigen Patientin enthielt bei der mikroskopischen Untersuchung Schilddrüsengewebe. Die Schilddrüse selbst war normal gebildet. Operation, Heilung. Eine farbige makroskopische Abbildung und drei mikroskopische Bilder.

OPPIKOFER.

72) **M. D. Lederman. Fall von paroxysmalem Husten infolge Hypertrophie der Zungentonsille. (Case of paroxysmal cough due to Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *New York Polyclinic Journal. September 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

73) **Kren** (Wien). **Ueber Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 95. 1909.*

Die seltene Mitbetheiligung des Mundes am Process der Sklerodermie wurde in der Klinik von Riehl in 12 Fällen beobachtet und genau studirt, so dass der Verf. ein abgerundetes klinisches Bild zu geben im Stande ist. Daraus sei nur hervorgehoben, dass die Zunge in allen 12 Fällen, die Schleimhaut der übrigen Mundhöhle in fast allen Fällen, am seltensten das Zahnfleisch erkrankt war. Die Sklerodermie kann daher die Schleimhaut der ganzen Mundhöhle befallen und beginnt an der Zunge. Man findet Veränderungen an der Schleimhaut fast in jedem Falle von diffuser Sklerodermie der Gesichtshaut, oftmals als dem Patienten unbekannt gebliebene Erscheinung, während nach den Angaben in der Literatur die Schleimhautlocalisation der Sklerodermie als seltene Erscheinung aufzufassen ist.

SEIFERT.

74) **Pieniazek. Primärer Krebs des Zäpfchens. (Rak pdenevtny -jerzeske.)** *Przeglad Lekarski. No. 12. 1909.*

Nachdem der Verf. die zugehörige Literatur der neueren Zeit besprochen hat, berichtet er über einen von ihm selbst beobachteten Fall. Es handelte sich um einen 74jährigen Mann, der 4 Monate, bevor er in das Krankenhaus kam, über einige Beschwerden im Halse klagte. Dazu traten Athemnoth und Schluckbeschwerden, so dass der Kranke zuletzt nur Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Da er später zwischen den Zähnen etwas Fleischiges herauswachsen sah und dasselbe herausriss, trat eine heftige Blutung ein. Sonst hat der Kranke keine ernstere Krankheiten in seinem Leben durchgemacht. Bei der Untersuchung wurde eine dunkelrothe Geschwulst im Halse entdeckt, die stark durchfurcht und vorn aus dem Zäpfchen herausgewachsen war. Diese Neubildung war nicht fest angewachsen, sondern konnte auch nach vorn gezogen werden, so dass die hinteren Rachenwände frei waren. Aeusserlich wurde eine lymphatische Drüse gefunden, und zwar unter dem Kieferwinkel der unteren rechten Seite. Diese Geschwulst wurde am 20. Februar 1909 von Pieniazek auf operativem Wege entfernt und die mikroskopische Untersuchung ergab eine krebsartige Structur. Krebs des Zäpfchens gehört zu den seltenen Fällen, da in der Literatur nur eine geringe Zahl derartiger Fälle beschrieben ist.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **R. B. Greenough. Die Resultate bei Operationen wegen Krebs der Zunge, der Mundhöhle und des Kiefers in Massachusetts General Hospital 1890 bis 1904. (The results of operations for cancer of the tongue, mouth, and jaw at the Massachusetts General Hospital 1890—1904.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Die Statistik umfasst 172 Fälle; von diesen wurden 112 operirt, 50 waren inoperabel und 10 verweigerten die Operation. Von den 112 Operirten starben 20 (17,8 pCt.) innerhalb der ersten 60 Tage nach der Operation. Carcinom des Mundbodens und der Zunge waren 98, von denen 62 operirt wurden; die Operationssterblichkeit betrug 8 (12,9 pCt.). Von den 58 Fällen, bei denen das Endresultat bekannt ist, waren 10 (17,2 pCt.) noch 3 Jahre nach der Operation ohne Recidiv; von den 40, bei denen Recidiv eintrat, war dies bei 38 vor dem Ablauf von 3 Jahren der Fall.

In 40 Fällen handelte es sich um Carcinom des Unterkiefers. Bei den 28 operablen Fällen betrug die Operationsmortalität 10 (35,5 pCt.). Bei den 26 Fällen, bei denen das Endresultat bekannt ist, waren 5 (19,2 pCt.) noch 3 Jahre nach der Operation frei von Recidiv. Von 14 Oberkiefercarcinomen wurden 10 operirt. In den 9 Fällen mit bekanntem Endergebniss starben alle innerhalb der ersten 3 Jahre. An den unmittelbaren Operationsfolgen starb keiner.

Von 11 Fällen mit Carcinom der Tonsille, des weichen Gaumens oder Rachens wurden 4 Fälle operirt, von denen einer sich noch nach 7 Jahren wohl befand.

LEFFERTS.

76) **v. Frisch** (Wien). **Fremdkörper in der Zunge.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Haselnussgrosser Tumor in der Mitte der Zunge, Sprache und Nahrungsaufnahme nicht gestört. Probeexcision resp. Incision ergab das Vorhandensein eines „Pfeifenmundstückes“, welches prompt in 3 Wochen eingeheilt war.

CHIARI-HANSZEL.

## d. Diphtherie und Croup.

77) **J. D. Rolleston. Bemerkungen über hämorrhagische Diphtherie. (Notes on hemorrhagic diphtheria.)** *Metropolitan Asylums Board Reports. 1908.*

Unter hämorrhagischer Diphtherie versteht Verf. jene Fälle, in denen ausser anderen schweren Symptomen auch Hauthämorrhagien in einem früheren Stadium der Erkrankung auftraten, mit oder ohne gleichzeitige Blutungen auf den Schleimhäuten.

Von den 1550 Fällen von Diphtherie, die Verf. in den letzten 6 Jahren am Grove Hospital behandelt hat, waren 78 (5,03 pCt.) hämorrhagisch. In 53 Fällen waren die Haut und Schleimhäute, in 25 die Haut allein befallen. Die Fälle betreffen ausschliesslich Kinder. Von den 78 Kindern starben 65 (83,3 pCt.), während die Mortalität bei der Gesammtzahl von 1550 Fällen 8 pCt. betrug. Von 60 pCt. der tödtlich verlaufenden Fälle war Toxaemie die Todesursache. Zu erwähnen ist auch, dass nicht weniger als 87,3 pCt. der Fälle Nasendiphtherie hatten.

Alle 78 Fälle wurden zum Theil mit enormen Mengen von Serum behandelt. Obwohl bis zu 72000 I.-E. gegeben wurden, kamen keine dem Serum zuzuschreibenden üblen Folgen zur Beobachtung; die gewöhnlich bei schwerer Diphtherie beobachteten Folgeerscheinungen (Urticaria etc.) waren sogar hier weniger häufig als sonst.

Alle Kinder, die genasen, zeigten ausgedehnte Lähmungserscheinungen. Verf. empfiehlt, neben der Behandlung mit grossen Antitoxingaben Adrenalin zu geben.

FINDER.

78) **Aquilar** (Valencia). **Diphtherie. (Difteria.)** *Revista valenciena de ciencicas medicas. No. 173—185. 1908.*

Sehr ausführliche Beschreibung der Krankheit. Verf. bespricht besonders eingehend das neue von Wassermann nach der Idee, die Koch für sein neues Tuberculin befolgt hat, angefertigte Serum, d. h. intravenöse Injection eines Extracts von Diphtheriebacillen in Kaninchen.

TAPIA.

79) **W. H. Thompson. Ein schwerer mit gangränöser Diphtherie complicirter Scharlach, erfolgreich ohne Medicin behandelt. (A case of severe Scarlatina complicated with gangrenous diphtheria treated successfully without medicine.)** *N. Y. Medical Record. 5. Juni 1909.*

Fall eines 5jährigen Mädchens, bei dem am 7. Tage der Scharlachbehandlung Diphtherie auftrat. Weitere Complicationen waren: beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung; Pneumonie und Pleuritis auf der linken Seite; andauernde Herzschwache mit sehr aussetzendem Puls. Das Kind genas völlig. Die Behandlung bestand nur darin, dass alle 2 Stunden mit reichlichen Mengen heissen Wassers gegurgelt wurde.

LEFFERTS.

80) **J. D. Rolleston. Cervical- und Submaxillaradenitis während Reconvalescenz von Diphtherie. (Cervical and submaxillary adenitis in convalescence from diphtheria.)** *The British Journal of Children's diseases'. October 1908.*

Verf. hat bei 9,6 pCt. der in der Reconvalescenz von Diphtherie befindlichen Kinder in einem Stadium, wo keinerlei entzündliche Erscheinungen im Pharynx mehr vorhanden waren, Schwellung der cervicalen und submaxillaren Lymphdrüsen constatirt. Von dieser — vom Verf. so genannten — Spätadenitis ist die Drüsenanschwellung nach Serumgebrauch zu unterscheiden, die viel häufiger als jene ist. Während die Serumadenitis in jedem Alter vorkommt, findet sich die Spätadenitis nur bei kleinen Kindern. Sie ist — im Gegensatz zum Scharlach — nicht von Nephritis oder sonstigen erheblichen Allgemeinstörungen begleitet. Gewöhnlich geht die Adenitis zurück, ohne dass es zur Eiterung kommt. Die Serumadenitis erkennt man daran, dass noch andere Serumerscheinungen vorhanden sind. Bei der Diagnose der Spätadenitis muss eine Tonsillitis, Rückfall von Tonsillitis oder der Beginn eines acuten Exanthems ausgeschlossen werden können. Die Spätadenitis hat keine prognostische Bedeutung.

FINDER.

81) A. Ghiotti. **Die histologischen Veränderungen der Organe beim Croup. (Le alterazioni istologiche degli organi nel croup.)** *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche. 1908.*

Die Untersuchungen, die Verf. an den Organen von 10 an Croup gestorbenen Patienten vorgenommen hat, ergaben:

1. Das Vorhandensein der von Oertel und Katzenstein behaupteten und von Baginsky geleugneten hyalinen Degeneration der Gefässwände in der Lunge;

2. die hyaline Degeneration der Lebergefässe und die Hyperplasie ihres Epithels, wie man es bei experimenteller Diphtherie findet;

3. Degeneration der Gefässe und nicht selten Blutergüsse in der Milz;

4. entzündliche Veränderungen besonders in den Nieren, als Nephritis haemorrhagica (Oertel);

5. Endocarditis und Pericarditis.

Diese Veränderungen variiren in Bezug auf Form und Intensität, finden sich aber constant in allen Fällen.

FINDER

82) Rodriguez Vargas (Valladolid). **Kehlkopfintubation beim Kind und Erwachsenen. (Intubación de la laringe en el nino y en el adulto.)** *Valladolid 1908.*

Es handelt sich um eine sehr ausführliche Studie über den Gegenstand; die verschiedenen Instrumente zur Intubation und Decanulirung werden beschrieben und kritisch besprochen. Verf. schildert einen Apparat zur Intubation, den er selbst mit Vorliebe anwendet. Intubation und Tracheotomie werden miteinander verglichen und die Medicationen beider Verfahren gegen einander abgewogen.

TAPIA.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) Bertrand. **Glottisödem und widerspänstiger Spasmus nach Rubeola. (Oedème de la glotte et spasme rébelle postrubéolique.)** *Journal Sc. Méd. Lille. No. 40. 1908.*

Bei einem 8jährigen Kinde traten am 8. Tage einer sehr starken Rubeola plötzlich asphyktische Anfälle auf; es handelte sich um Laryngitis und Oedem. Die sofort vorgenommene Intubation wurde 18 Tage lang beibehalten, aber der Spasmus wich nicht; es musste die Tracheotomie gemacht werden. Erst nach 9 Monaten war das Kind völlig genesen.

A. CARTAZ.

84) T. H. Halsted. **Bericht über einen Fall von wahrscheinlichem persistirenden angioneurotischen Kehlkopfödem. (Report of a case of probable persistent angioneurotic edema of the larynx and soft palate.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

An Uvula, weichem Gaumen und Larynx besteht eine blasse, ödematöse Infiltration, die bereits seit einem Jahre unverändert ist. Die Athmung war selten beeinträchtigt, acute dyspnoische Anfälle traten nicht auf. Während des Jahres traten 5 oder 6mal Erscheinungen im Gesicht auf, die von dem behandelnden Arzt zuerst für Erysipel gehalten wurden. Während der Zustand von Pharynx und Larynx unverändert geblieben ist, spielen sich die activen Erscheinungen jetzt hauptsächlich auf der Haut ab.

EMIL MAYER.

85) **Karl Kofler** (Wien). **Ein Fall von Oedem im Larynx nach Jodkaligebrauch.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Ein 37jähriger Patient nahm 3 g Jodkali auf einmal und zeigte nach wenigen Stunden die Erscheinungen einer acuten Intoxication im Gebiete der oberen Luftwege. Die Krankengeschichte ist in extenso berichtet und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur epikritisch erörtert. HECHT.

86) **F. Adzuma. Ein Sectionsfall von Oedema glottidis acuta.** *Osaka-igakukwaizasshi. Bd. VII. Heft 5. 1908.*

Das Sectionsmaterial ist das eines 3jährigen an Pocken gestorbenen Kindes. INO KUBO.

87) **E. Périnet. Einstäubung von Adrenalin-Cocain bei Larynxödem. (Des pulvérisations d'Adrénaline-Cocaïne dans les oedèmes du larynx.)** *Dissert. Paris 1908.*

Bei den verschiedenen Arten von Larynxödem lässt sich manchmal die Tracheotomie noch umgehen, wenn mehrmals täglich ein graduirter Sprayapparat mit abgebogener Canüle zur Anwendung kommt, der 1 proc. Cocain und Adrenalin (1 : 1000) zu gleichen Theilen enthält. OPPIKOFER.

88) **Alfred Villa. Pathogenese der acuten Kehlkopfstenose bei Masern. (Pathogenesis of acute Larynxstenosis in measles.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1908.*

Verf. berichtet über eine Masernepidemie, während deren zahlreiche Fälle von acuter Larynxstenose nebst einigen Todesfällen vorkamen. Die Epidemie nahm während 6 Monaten zu. In drei verschiedenen Perioden der Erkrankung wurden die Kehlkopfstenosen beobachtet: Im Anfang, während der Eruption und in der Reconvalescenz. Verf. meint, die Stenose werde bedingt durch ein Exanthem der Glottis, und zwar handele es sich um eine blosse Complication der Erkrankung und keine Mischinfection. Tritt die Stenose spät auf, so handelt es sich um eine wiederkehrende Eruption, wenn nicht um eine Neuinfection.

Die Gesammtzahl der beobachteten Fälle betrug 246; bei 45 wurde die Kehlkopfcomplication beobachtet. Von diesen kamen 32 vor oder während des äusseren Exanthems vor und 13, nachdem dieses schon vorüber war. Der Verf. beschreibt 2 sehr schwere Fälle; der eine von ihnen verlief tödtlich und die Autopsie zeigte das Vorhandensein von Membranen im Larynx. Die Membranen enthielten keine Löffler'schen Bacillen, sondern nur den Staphylococcus albus. LEFFERTS.

89) **T. H. Baley. Ausgesprochene Kehlkopfstenose während des Verlaufes von Masern. (Marked laryngeal stenosis during the course of measles.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Fall von Masern mit Heiserkeit und rasch zunehmender Dyspnoe. Es handelte sich um spastische Laryngitis. Der Fall verlief günstig. Als hauptsächlichste differentialdiagnostische Momente gegenüber dem Croup giebt Verf. folgende an: Bei spastischer Laryngitis ist die Dyspnoe hauptsächlich eine inspiratorische, während sie bei der Diphtherie exspiratorisch ist; bei jenen ist die

Stimme zwar erheblich alterirt, es besteht aber nicht, wie bei dieser, Aphonie; ferner spricht für spastische Laryngitis das plötzliche Eintreten — meist bei Nacht — der Athembeschwerden; bei Diphtherie ist auch stets der untere Abschnitt des Pharynx hochgradig geröthet.

LEFFERTS.

90) **John Rogers. Die Behandlung chronischer Stenese des Kehlkopfes und der Trachea. (The treatment of chronic stenosis of the larynx and trachea.)** *American Journal of Medical Sciences. April 1908.*

In 18 Fällen von 23 wurde — mit zwei Ausnahmen — vollkommenes Resultat erzielt. Es handelte sich um Neubildungen — hauptsächlich Papillome —, Narben entzündlichen, traumatischen oder operativen Ursprungs, subglottische Hypertrophie, Abductorlähmung, Fälle von Canulards. Verf. hat besondere Tuben angegeben. Der Hals der Tube soll so dick wie möglich sein, um genügenden Druck auf das hypertrophische intralaryngeale Gewebe auszuüben, sein transversaler Durchmesser muss aber $^1/_4$ cm dünner sein, als der Körper, damit die Tube nicht ausgehustet wird. Der Kopf der Tube muss $^1/_2$ cm mehr im Durchmesser haben, als der Körper, um zu verhüten, dass die Tube in den Kehlkopf gleitet.

Bei Papillomen, bei denen die äussere Operation vorgenommen ist, wird nach Ausräumung des Kehlkopfes eine grosse cylindrische Tube eingesetzt und die Wunde geschlossen. Der Druck der Tube verhindert Blutungen und es besteht keine Gefahr des Oedems.

EMIL MAYRE.

91) **N. Melzi** und **A. Cagnola. Ueber vier Fälle von chronischer laryngotrachealer Stenose, geheilt mittels Laryngo-Tracheotomie. (Sopra 4 casi di stenosi croniche laringo-tracheali gueriti colla laringo-tracheotomia.)** *Gazz. degli osped. e delle clin. No. 74. 1908.*

Verff. reclamiren für das von ihnen geübte Verfahren die Priorität. Das Verfahren besteht darin, dass der stenosirte Theil des Kehlkopfs und der Trachea freigelegt und alles Narbengewebe entfernt wird, bis das Lumen wieder hergestellt ist. Von allen Methoden sei dies die einzige, die definitive Resultate giebt; sie ist auch in den schwersten und bisher für unheilbar geltenden Fällen mit Erfolg anwendbar. Bericht über 4 Fälle.

FINDER.

92) **L. Beco** (Lüttich). **Laryngo-tracheostomie und Laryngotrachealpapillome. (Laryngo-trachéostomie et papillomes laryngo-trachéaux.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 7. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belgischen oto-largngologischen Gesellschaft im Juni 1908.

PARMENTIER.

93) **Sargnon** und **Vignard. Parallele zwischen der inneren Caoutschoucdilatation und der Laryngostomie. (Parallèle entre la dilatation caoutchoutée interne et la laryngostomie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der belgischen oto-laryngologlischen Gesellschaft im Juni 1908; vergl. den diesbezüglichen Bericht.

PARMENTIER.

94) **Labarre. Laryngostomie wegen absoluter Laryngotrachealverlagerung. (Laryngostomie pour oblitération absolue laryngo-trachéale.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Juni 1908; siehe den diesbezüglichen Bericht von Bayer.

PARMENTIER.

95) **V. Delsaux** (Brüssel). **Laryngostomie wegen subglottischer Verengerung bei einem erwachsenen Canülenträger seit über 2 Jahren. (Laryngostomie pour rétrécissement sous-glottique chez un adulte, canulard depuis plus de deux ans.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der Jahresversammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Juni 1908; siehe den diesbezüglichen Bericht von Bayer.

PARMENTIER.

96) **Fallas. Ein Fall von Laryngostomie. (Un cas de laryngostomie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 37. 1908.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant vom 26. Juli 1908 stellt F. im Namen Jauquet's einen Knaben vor, an welchem dieser die Laryngostomie vorgenommen hatte; vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belgischen oto-rhinologischen Gesellschaft vom 27. Juni 1908 in Brüssel.

BAYER.

97) **Cheval. Laryngotracheostomie. (Laryngo-trachéostomie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 43. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler vom 10. October 1908 stellt Ch. ein canületragendes Kind vor, welches jedesmal zu ersticken drohte, wenn man die Canüle zu entfernen suchte. Eine gestielte Fungosität hatte sich im Niveau der Mündung des Instruments gebildet, die jedesmal, wenn man das Instrument zu entfernen suchte, das Lumen der Trachea verlegte und so Erstickungsanfälle hervorrief. Ch. nahm die Laryngotracheostomie vor, entfernte die Neubildung und liess die Operationswunde weit offen stehen. Dem Kinde geht es gut und wird man bald die Plastik vornehmen können.

BAYER.

98) **J. Baratoux. Laryngostomie. (Larygostomy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Die Unzuträglichkeiten des Verfahrens sind nach dem Verf.: die Möglichkeit von Bronchial- und Lungencomplicationen während der ersten paar Tage, Verschiebung und Verstopfung des Drains, die Neubildung von Gewebe, der Verlust des Timbre in der Stimme, die kaum ein Flüstern zulässt; demgegenüber steht, dass die Laryngostomie sehr viel nützt bei einer grossen Zahl von hartnäckigen Fällen von Larynxstenosen, sowie bei Larynxtuberculose, bei der energische Behandlung nothwendig ist, endolaryngeale Eingriffe aber nicht vertragen werden, ferner bei recidirenden Larynxpapillomen, sowie bei malignen Tumoren, was Grossmann betont hat.

Die Operation erfordert eine lange und mühselige Nachbehandlung, was aber durch die ausgezeichneten Erfolge compensirt wird.

EMIL MAYER.

99) **R. Barlatier. Die Laryngostomie bei der Behandlung der Kehlkopfverengerungen. (La Laryngostomie dans le traitement des rétrécissements du larynx.)** *Dissert. Macon 1908.*

Verf. giebt vorerst einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Kehlkopfverengerung und beschreibt dann eingehend die Laryngostomie. Diese Methode liefert gute Resultate; nur muss die Dilatation mit den Caoutschukdrains während einer Reihe von Monaten fortgesetzt werden. B. stützt seine Erfahrungen auf 12 Fälle, die durch seinen Lehrer Sargnon operirt wurden. 11 dieser 12 Fälle sind bereits in einer früheren Arbeit von Rabot, Sargnon und Barlatier veröffentlicht. Das Referat dieser letzteren Arbeit findet sich im Centralblatt für Laryngologie 1908, S. 554. OPPIKOFER.

100) **Sieur. Zwei Fälle von Kehlkopfstenose mittels Laryngostomie behandelt. (Deux cas de sténose laryngée traités par laryngostomie.)** *Académie de médecine Paris. 13. April 1909.*

Bei dem einen Fall handelte es sich um eine Stenose infolge eines Pferdebisses, in dem anderen um eine solche nach Laryngotyphus. In beiden Fällen war es nicht möglich, die Tracheotomiecanüle zu entfernen. Verf. machte in beiden Fällen die Laryngostomie und dilatirte allmählich mit Caoutschukmandrins.

In dem einem Fall führte die Dilatation in 14 Tagen zum Ziel und die Laryngotrachealwunde konnte geschlossen werden; in dem anderen erforderte die Dilatation mehr als ein Jahr Zeit. A. CARTAZ.

101) **Lavrand. Das Fibrolysin bei den Verengerungen des Kehlkopfs. (La fibrolysine dans les rétrécissements du larynx.)** *Société de sciences méd. de Lille. 16. December 1908.*

Verf. hat bei einem 14jährigen Mädchen Fibrolysininjectionen angewandt. Bei der Patientin hatten syphilitische Gummata zu ausgedehnten Geschwüren im Pharynx und zur Zerstörung von Gaumensegel und Epiglottis geführt. Unter specifischer Behandlung gingen diese Veränderungen zurück; es blieb aber eine subglottische Verengerung bestehen, die schliesslich die Tracheotomie nothwendig machte. Es wurden Fibrolysininjectionen gemacht, um die Gewebe zu erweichen und die Dilatation des Larynx zu ermöglichen; diese hatte ein gutes Resultat.

A. CARTAZ.

102) **A. Kovács** (Budapest.) **Nach Kehlkopfstenose entstandener Fall von Lungentuberculose.** *Orvosi Hetilap. No. 13. 1909.*

Nach Kalilauge-Vergiftung, welche eine derartige Stenose der Speiseröhre verursachte, dass nach 3 Wochen Anlegung einer Magenfistel nothwendig wurde, trat auch bedeutende Stenose des Kehlkopfes auf, welche aber keine Tracheotomie erforderte; später haben sich dann noch Symptome von Lungentuberculose gezeigt. v. NAVRATIL-POLYAK.

103) **A. Iwanow. Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfes. (Laringostomia pri perichondrite gortani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 73. 1909.*

Verf. hat 8 Fälle von perichondritischer Verengerung mit Laryngostomie be-

handelt. Dabei stellte es sich heraus, dass das Gewebe bei perichondritischer Erkrankung durch das Einlegen von Caoutschukröhren nicht einschmilzt. Es muss zunächst ausgeschnitten werden. Die ausgeschnittenen Gewebsstücke sollen keilförmig sein. Als Erweiterungsmittel benutzt I. Gummiröhren, die mit Marly befestigt werden. Zur Plastik wurde in einem Falle Nasenseptumknorpel verwandt. Mit der Laryngostomie soll nicht gewartet werden, wie Sargnon und Barlatier rathen, bis die Entzündungserscheinungen schwinden, sondern möglichst frühzeitig zugegriffen werden.

Bei 4 Fällen ist die natürliche Athmung hergestellt, 3 Fälle sind noch in Behandlung. Ein Patient starb. Die Behandlung ist eine mühsame und langwierige, sie dauert bis zu einem Jahre und darüber. P. HELLAT.

104) **A. Primavera. Acute Miliartuberculose nach Kehlkopfintubation. (Acute miliary tuberculosis following intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen acute allgemeine Miliartuberculose nach Intubation und wiederholter Reintubation auftrat. In beiden Fällen bestanden sehr vorgeschrittene tuberculöse Veränderungen im Kehlkopf, die aller Wahrscheinlichkeit nach vor dem Process begonnen hatten, der die Intubation nothwendig machte. Eine acute allgemeine Miliartuberculose begann sehr bald nach der Intubation, und zwar fasst Verf. den Zusammenhang so auf, dass der durch die Tube gesetzte Traumatismus den tuberculösen Process verallgemeinert habe.

LEFFERTS.

105) **Hougardy. Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *La Gazette méd. Belge. No. 20. 1908.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft in Lüttich vom Februar 1908 sprach H. über die Intubation. Nichts Neues. BAYER.

106) **D. Bryson Delavan. Chronische Kehlkopfstenose durch Intubation geheilt. (Chronic stenosis of the larynx cured by dilatation.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Patientin, eine 35jährige Frau, litt an acuter Laryngitis mit Erosionen an den Stimmbändern. Allmählich verengte sich der Larynx, bis der Zustand derart ernst wurde, dass sie eiligst in das Hospital gebracht werden musste, wo die Tracheotomie gemacht wurde. Der Schnitt war nicht in der Mittellinie gemacht worden. Die Canüle konnte nicht entfernt werden und es wurde eine O'Dwyer-Tube, modificirt von John Rogers, eingelegt. Jedesmal jedoch, wenn diese Tube entfernt wurde, trat heftige Dyspnoe auf. Nach einem Jahr wurden die Verwachsungen mittels des Gleitsmann'schen schneidenden Dilatators getrennt. Nach vier Jahren konnte die Tube permanent entfernt werden. EMIL MAYER.

107) **Pospischill** (Wien). **Ueber die Anwendung einer brauchbaren Tamponcanüle beim laryngostenotischen infectionskranken Kinde.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1908.*

Princip der Trendelenburg'schen Canüle mit innerer Canüle, der zum

Tampon bestimmte Gummiballon aus Condomgummi ist nicht soweit hinaufmontirt. Nach jedem Gebrauch wird die Canüle abmontirt, sterilisirt und neu mit Tampon und Controlballon armirt. Diese Canüle bewährte sich besonders hinsichtlich der Ernährung.

HANSZEL.

108) **Nowotny. Ueber die Bronchoskopie als Heilmethode bei Bronchialstenose. (Bronchoskopia i leczenie no ty drodre Dychawicy oskrzelowy.)** *Przeglad Lekarski. No. 24 u. 25. 1909.*

Verf. erinnert, dass Pieniazek der erste war, der die Bronchoskopie bei Asthma bronchiale anwendete; dann beschreibt Verf. noch einen Fall von Hermann Schrötter. Bis jetzt wurde vom Verf. in 8 Fällen von schwerer Athemnoth, die nach dem klinischen Verlaufe als Asthma bronchiale diagnosticirt wurde, die Bronchoskopie, in manchen Fällen sogar einige Male angewendet. Auf Grund der 8 beobachteten Fälle und einiger aus der Literatur (Trétrôp und Galewsky) kommt Verf. zu folgendem Schlusse: In 7 Fällen war das Resultat nach der Anwendung der Bronchoskopie positiv, in einem, bei dem wahrscheinlich die Athemnoth nicht bronchialen Ursprungs war, negativ. In den 7 Fällen war die Verbesserung des subjectiven wie auch objectiven Zustandes (weniger Auswurf, Verschwinden der bronchialen Geräusche) nicht in allen gleichmässig, auch nicht constant. In einem Falle kehrten die asthmatischen Anfälle seit der Anwendung der Bronchoskopie seit 2 Jahren nicht zurück. In allen Fällen applicirte Verf. nebenbei grosse Mengen von Cocain und Adrenalin. Bei der Anwendung der Bronchoskopie als Heilmethode des Asthma bronchiale wirken nach Ansicht des Verf.'s zwei Factoren: 1. Application von Cocain und Adrenalin, die den ödematösen Zustand der Schleimhaut der Trachea und Bronchien vermindern; 2. die Einführung des Bronchoskops, welches Verfahren den reichlichen Auswurf aus den Bronchien befördert. Am sichersten wirkt nach Verf.'s Ansicht die Bronchoskopie in Fällen von sog. chronischem Asthma bronchiale, wo neben dem ödematösen Zustande der Schleimhaut in den Bronchien grosse Mengen von schleimigem und klebrigem Auswurf stagniren, welche manchmal, wie Verf. beobachten konnte, das Lumen einzelner Bronchien verstopfen.

Diese Beobachtungen führen den Verf. zu folgender Erklärung des Asthma bronchiale: Asthma bronchiale ist ein nervöses, reflectorisches Leiden; das Auftreten der asthmatischen Anfälle hat einen Zusammenhang mit krankhafter Erregung des nervösen Centrums im Sinne einer Prädisposition, unter Einfluss verschiedener Factoren, die auf verschiedene peripherische Stellen wirken, auf angioneurotischem Wege tritt plötzlich Hyperämie, Oedem und Exsudat in der Schleimhaut der Bronchien auf. Der chronische asthmatische Zustand wird durch den chronischen bronchialen Katarrh bedingt, welcher manchmal als primitives Leiden angesehen werden muss.

A. v. SOKOLOWSKI.

## f. Schilddrüse.

109) **S. P. Beebe. Einige Verhältnisse der Schilddrüse. (Some relations of the thyroid gland.)** *The Therapeutic Gazette. December 1908. Pennsylvania Medical Journal. December 1908.*

Verf. bekennt sich als ein Gegner der chirurgischen Behandlung und als

enragirter Anhänger der Serumtherapie, die seiner Ansicht nach mehr leistet, als alle anderen Behandlungsmethoden.

EMIL MAYER.

110) **J. M. Wainwright. Persönliche Erfahrungen in der Chirurgie des einfachen Kropfes. (Personal experience in the surgery of simple types of goitre.)** *Pennsylvania Medical Journal. December 1908. Therapeutic Gazette. December 1908.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, von denen 13 Frauen betrafen. Alle Patienten waren in Wales geboren oder stammten von dort geborenen Personen ab. Bei 17 trat plötzliche Heilung ein, einer starb an Recidiv einer bösartigen Struma. In allen Fällen wurde prima intentio erreicht; jedoch fieberten die meisten 4 bis 5 Tage nach der Operation.

EMIL MAYER.

111) **E. D. Martin. Die chirurgische Behandlung der malignen Struma. (The surgical treatment of malignant goitre.)** *The Therapeutic Gazette. December 1908. Pennsylvania Medical Journal. December 1908.*

Der Erfolg der Behandlung hängt von frühzeitiger Diagnose ab. Diese kann aber in sehr vielen Fällen nicht mit Sicherheit gestellt werden und erst die nachträgliche mikroskopische Untersuchung des entfernten Schilddrüsentumors ergiebt, warum es sich handelt. Schlimmstenfalls hat man dann aber einen nicht bösartigen Kropf entfernt.

Die maligne Struma kommt meist im höheren Lebensalter vor, auch ergiebt die Anamnese, dass in den meisten Fällen bereits vorher ein Kropf vorhanden gewesen war. Maligne Struma findet sich häufiger bei Frauen.

EMIL MAYER.

112) **W. H. Thomson. Morbus Basedow und seine Behandlung. (Exophthalmic goitre and its treatment.)** *American Journal Medical Sciences. März 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Krankheit von einem specifischen Gift herrührt, das mit dem Blutstrom überallhin geführt wird, ohne die Gewebe zu verändern, ausser indirect durch die Ernährungsstörung. Die Natur dieses Giftes ist bisher noch völlig unbekannt. Verf. discutirt über die Theorien, nach denen die Krankheit auf einer Hypersecretion der Schilddrüse oder Nebenschilddrüsen beruhen soll. Er sagt, es könne über die Wirksamkeit des Serums von Beebe und Rogers in manchen Fällen kein Zweifel bestehen; wie dies zu erklären sei, sei aber eine andere Sache. Am schwierigsten für die Behandlung sind die Fälle ohne Kropf. Die besten Resultate giebt nach seinen Erfahrungen in schweren Fällen eine geeignete medicamentöse Behandlung. Wenig Aussichten bieten nur die Fälle, wo unstillbares Erbrechen und Diarrhoe den Patienten bereits sehr geschwächt haben.

Körperliche und geistige Ruhe und Diät (völliges Enthalten von Fleisch, Austern, Hummer; sehr wenig Geflügel, ein Ei am Tage). Vegetarische Kost und gegohrene oder auch peptonisirte, aber nicht rohe Milch sind am besten. Spinat und Spargel, Bohnen und Erbsen sind verboten. Früchte, ausser rohen Aepfeln und Stachelbeeren, sind zuträglich. Zu Beginn jeder Mahlzeit werden 2 g Natr. phosphor. und einmal in der Woche ein mercurielles Laxativum gegeben; auch

Natr. benzoic. (0,65 g) eine Stunde nach jeder Mahlzeit. Zur Nacht 0,19 g Naphthalen und 0,65 Natr. benzoic. in einer Kapsel.

EMIL MAYER.

113) **J. C. Price. Die Anwendung der X-Strahlen in der Behandlung des Morbus Basedow. (The use of the x-ray in the treatment of ophthalmic goitre.)** *Therapeutic Gazette. December 1908.*

Verf. setzt die Vorzüge der Röntgenstrahlenbehandlung auseinander, zu der sich die Patienten viel eher als zu einer Operation entschliessen, so dass man sie also behandeln kann, bevor ihr Allgemeinzustand sehr geschädigt ist.

EMIL MAYER.

## g. Oesophagus.

114) **J. P. Griffith** und **R. S. Lavenson. Angeborene Missbildung des Oesophagus nebst Mittheilung eines Falles. (Congenital malformation of the oesophagus with the report of a case.)** *Archives of Pediatrics. März 1909.*

Nach Aufzählung der an der Speiseröhre beobachteten angeborenen Missbildungen theilt Verf. einen Fall von angeborener Atresie mit Tracheo-Oesophagealfistel mit. Das Kind starb am 9. Tage. Beim Versuch, es zu füttern, erfolgten Hustenanfälle mit Cyanose.

Die Autopsie zeigte eine Dilatation des pharyngealen Abschnitts des Oesophagus bis 4 cm unterhalb des Niveau des oberen Randes des Larynx, wo sie plötzlich aufhört. Der untere Theil des Oesophagus war normal vom Magen aufwärts, bis kurz vor dem Ende des oberen Abschnitts, woselbst das Lumen plötzlich sich verengte und eine schlitzartige Oeffnung sich befand, die in die Trachea führte.

Verf. hält die von Shattock gegebene Erklärung für das Zustandekommen dieser Missbildungen für die befriedigendste.

EMIL MAYER.

115) **Lindemann. Beitrag zur Pathologie der Oesophagusschleimhaut.** *Virchow's Archiv. 1. August 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Theorien, die aufgestellt wurden, um das Vorkommen von Inseln gastrischer Schleimhaut inmitten der Oesophagusschleimhaut zu erklären. Seine Ansicht ist, dass es sich um einen Vorgang handelt, ähnlich dem, der bei der Erosion am cardialen Ende des Oesophagus sich abspielt, nämlich um Abstossung der oberen Lagen des Pflasterepithels infolge der durch die Secrete bedingten Maceration.

FINDER.

116) **Destot** (Lyon). **Ectasie der Speiseröhre. (Ectasie oesophagienne.)** *Lyon Médical. Soc. de chirurgie. 6. Juni 1909.*

Verf. theilt zwei Fälle von Ectasie des Oesophagus oberhalb eines spastischen Ringes mit; aus der Anamnese war nichts zu eruiren, ausser dass die Patienten Influenza gehabt hatten. Er macht darauf aufmerksam, dass in diesen Fällen die Oesophagoskopie leicht zu Irrthümern führt.

GONTIER de la ROCHE.

117) **H. S. Plummer. Divertikel des Oesophagus nebst Bericht über 6 Fälle. (Diverticula of the esophagus with a report of six cases.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association. 5. Juni 1909.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Untersuchungsmethoden; er lässt, um das Vorhandensein eines Divertivels zu constatiren, grosse Mengen Seidenfäden hinunterschlucken. Er theilt 6 Fälle mit, von denen 4 durch Chas. Mayo mittels Excision des Sackes operirt wurden. Nach der Operation verschwanden alle Symptome.

EMIL MAYER.

118) **Guisez** (Paris). **Narbenstenosen des Oesophagus nach Ulcus rotundum. Neue Fälle von schwerem Cardiospasmus. Oesophagoskopische Diagnose und Behandlung. (Sténoses cicatricielles de l'oesophage consécutive à l'ulcère rond. Nouveaux cas de cardiospasme à forme grave. Diagnostic et traitement oesophagoscopique.)** *Soc. Médicale des hôpitaux. 21. Mai 1909.*

Mittheilung einfacher Beobachtungen.

GONTIER de la ROCHE.

119) **Rouvillois** (Paris). **Verengerung des Speiseröhrenmundes und Rachendivertikel. (Retrécissement de la bouche de l'oesophage et diverticule du pharynx.)** *Société de chirurgie. 19. Mai 1909.*

23jähriger Mann, der im Alter von 13 Jahren eine Laugenverätzung der Speiseröhre erlitten hatte. Wenn Patient isst, so bleibt der Bissen stecken und bildet in der Höhe des unteren Theils der rechten Regio sterno-mastoidea eine erhebliche Anschwellung. Nach einem Augenblick Würgens, von deutlichen Geräuschen begleitet, gleitet der Bissen in den Magen hinab.

Es handelt sich um eine Ausbuchtung des Pharynx in Höhe des Speiseröhrenmundes. Verf. begnügt sich mit allmählicher Dilatation.

GONTIER de la ROCHE.

120) **Gebarski. Ueber die Anwendung des Fibrolysin bei Oesophagusstenose. (O stosowaniu fibrolizyny w przypadku wezenia przelyku po oparzniu lugiem.)** *Przeglad Lekarski. No. 26. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, bei welchem eine totale Stenose des Oesophagus, durch Verbrennung mit Kalilauge bedingt, einige Zeit mit Sondirung vergeblich behandelt wurde. Da trotz systematischer Einführung verschiedener Bougies die Stenose in demselben Zustande blieb, wendete Verf. Einspritzungen von Fibrolysin an. Nach einigen Tagen (20 Einspritzungen) konnte Verf. ziemlich dicke Bougies (No. 29) einführen und der Kranke fing an, auch feste Speisen zu sich zu nehmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

121) **Samuel S. Adams. Ein Fall von spastischer Strictur der Speiseröhre. (A case of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Archives of Pediatrics. März 1909.*

Anfälle von spastischen Contracturen des Oesophagus bei einem Kinde. Die Autopsie ergab nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

122) **Bouchut** und **Gignoux** (Lyon). **Krebs der Speiseröhre, übergreifend auf die Wirbelsäule und eine plötzliche Lähmung hervorrufend. (Cancer de l'oesophage propagé à la colonne vertébrale et déterminant une paraplégie brusque.)** *Société nationale de médecine de Lyon. 10. Mai 1909.*

Auffallend ist, dass der Krebs keinerlei Stenoseerscheinungen mit sich brachte.

GONTIER de la ROCHE.

---

## III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Moritz Schmidt — Edmund Meyer: Die Krankheiten der oberen Luftwege.** Springer. Berlin 1909.

Im Vorwort zu der neuen Auflage berichtet Ed. Meyer, dass er sich nur mit schwerem Herzen entschlossen habe, die Bearbeitung des Moritz Schmidt'schen Lehrbuches zu übernehmen, weil es ihm von vorneherein klar war, dass die Schwierigkeiten dieser Aufgabe „schier unüberwindliche" seien. Denn dieses Buch „spiegelt so sehr die Persönlichkeit seines Verfassers wieder, und ist von einem so persönlichen Standpunkte aus geschrieben, dass es für einen anderen kaum möglich erschien, es in einer neuen Auflage herauszugeben". Aber diese Aufgabe war nicht nur, wie der neue Herausgeber mit Recht betont, sehr schwierig, sie war auch — der Referent darf ja aussprechen, was der Herausgeber aus leicht begreiflichen Gründen verschweigt — recht undankbar. Denn bei einem Werke, bei dem das Beste, das, was uns allen lieb und werth ist, die persönliche Note des Verfassers ist, da muss der Bearbeiter sich an allen Ecken und Enden Zurückhaltung auferlegen, damit er nicht durch den eigenen Ton den seines Auftraggebers gefährdet. Das erfordert aber viel Tact, und darüber hinaus noch einen Grad von Selbstentäusserung, welcher einem Manne, der in mehr als 20jähriger wissenschaftlicher Arbeit und practischer Bethätigung zu einer eigenen Persönlichkeit geworden ist, nicht immer leicht sein dürfte. Wenn sich Ed. Meyer trotzdem, im vollen Bewusstsein der zu überwindenden Schwierigkeiten, entschlossen hat, dem ehrenvollen und dringenden Wunsch des verehrten Mannes nachzugeben, so gebührt ihm dafür der Dank aller Fachgenossen.

Die ursprüngliche Eintheilung des Lehrbuches ist auch in der neuen Auflage auf besonderen Wunsch von Moritz Schmidt beibehalten worden. Man kann diesen Wunsch wohl verstehen, denn für ein Lehrbuch „der oberen Luftwege" ist es nur logisch, die „oberen Luftwege" als ein einheitliches Ganzes auch einheitlich zu behandeln. Aber so richtig dieser Gedanke an und für sich ist, bei seiner Uebertragung in die Praxis ist es Moritz Schmidt nicht immer gelungen, der übergrossen Fülle des Materials Herr zu werden und das Besondere im Einheitlichen organisch zu meistern. Ed. Meyer hat es sich angelegen sein lassen, durch eine bessere Zerlegung und Gliederung der einzelnen Abschnitte das Ganze übersichtlicher und handlicher zu gestalten, und trotz verschiedener ganz neuer Capitel den Gesammtumfang des Werkes sogar ein wenig zu verringern.

Die Anatomie, Physiologie und Entwickelungsgeschichte sind klar und präcis geschildert. Sie bringen alles, was zu einer gründlichen Kenntniss der einschlä-

gigen Materie nothwendig ist, ohne sich in Einzelheiten zu verlieren. Nur für die Gegend des Hiatus semilunaris, von der die Neulinge in unserer Kunst erfahrungsgemäss nur schwer eine Vorstellung gewinnen können, würde mir eine noch eingehendere Beschreibung, unterstützt durch eine halbschematische Zeichnung, wünschenswerth erscheinen. Von den diesen Abschnitten beigegebenen Abbildungen sind die meisten ganz vortrefflich und sehr instructiv, einzelne von ihnen aber, und auch manche von den späteren Illustrationen, so das mikroskopische Bild der Tonsille, die Rachenwand nach Luschka und ebenso die farbigen Abbildungen, welche gewisse Krankheitszustände illustriren sollen, und die Röntgenbilder lassen doch mancherlei zu wünschen übrig. Es liegt das sicher nicht an den gewählten Präparaten, sondern an einem mangelhaften Reproductionsverfahren.

Die allgemeine Symptomatologie, ebenso die Abschnitte, welche die jüngsten Errungenschaften unserer Disciplin behandeln: die Radiographie, die Bronchoskopie, später die Besprechung der ophthalmo- und cutanen Tuberculinproben, der Opsonin-Lehre, der Serodiagnose bei der Syphilis sind neu und vortrefflich gelungen. Es ist wohl zu verstehen und dankbar zu begrüssen, dass gerade jetzt, wo viele von diesen Fragen noch in Fluss sind, der Herausgeber ihrer Besprechung etwas mehr Platz gewährt hat, als ihnen sonst in einem Special-Lehrbuch zukommen würde. Es kann aber für den Leser nur angenehm sein, über all' diese Controversen ein aus so reicher Erfahrung abstrahirtes und mit wohlthuender Objectivität begründetes Urtheil zu vernehmen, das jede neue Methode und jede neue Theorie an den ihr gebührenden Platz verweist.

Bei der Besprechung der Pachydermie habe ich einige Einwürfe zu machen. Ich weiss nicht recht, was der Herausgeber unter „stets typischer Anordnung der Epithelzapfen“ versteht. Die Zapfen laufen bei der Pachydermie ganz kraus und unregelmässig durcheinander, genau so unregelmässig wie beim Carcinom. Der einzige Unterschied, den wir bis jetzt zwischen den histologischen Bildern des Carcinoms und denen der Pachydermie nachweisen können, besteht, abgesehen von den karyokinetischen Figuren der Kerne, darin, dass die Epithelzapfen bei der Pachydermie im Gegensatz zum Carcinom immer mit dem Oberflächenepithel zusammenhängen, das kann man aber doch nicht als „typisch“ bezeichnen. Dass die Dellen in den schalenförmigen Wülsten am Processus vocalis immer durch den Druck von der gegenüberliegenden Seite veranlasst werden, muss ich bestreiten, da ich eine typische tiefe Delle an einem Stimmband beschrieben und demonstrirt habe, die so hoch über dem anderen Stimmband lag, dass dieses beim Glottisschluss gar nicht bis an das kranke Stimmband heranreichte. Hier kann also von einem Druck der anderen Seite keine Rede sein.

Bei der Besprechung der Angina rheumatica würde es zweifellos interessiren, zu erfahren, wie sich der Herausgeber den Zusammenhang zwischen der Angina und der rheumatischen Erkrankung vorstellt. Bei der Therapie der Angina empfiehlt er die innerliche Verabreichung einer 2proc. Kalichloricumlösung. Referent ist hiervon ganz zurückgekommen, nachdem er einen Collegen durch ungeschicktes Gurgeln mit einer selbstverordneten Lösung elendiglich an einer Kalichloricumvergiftung hat zu Grunde gehen sehen, und an die specifische Wirkung dieses Medicamentes bei anginösem Processe glaubt wohl heut ohnehin kaum noch

ein Arzt. Bei der Therapie der adenoiden Vegetationen vermisse ich einen Hinweis auf die Bedeutung der Athemgymnastik und die Correctur des Gaumens.

Die Nebenhöhlenerkrankungen sind sehr eingehend und den modernen Anschauungen gemäss dargestellt, hier wie bei der musterhaften Darstellung der tuberculösen Erkrankung der oberen Luftwege berührt die kritische Zurückhaltung des Verfassers, die den chirurgischen Uebereifer einzelner Operationsfanatiker auf das rechte Maass zurückführt, überaus wohlthuend. Bezüglich der Localbehandlung der Lues steht Referent auf einem anderen Standpunkt als der Herausgeber; bei ganz leichten Fällen, bei denen die Gefahr von Verwachsungen oder tiefgreifenden Zerstörungen ausgeschlossen ist, genügt ja gewiss die Allgemeinbehandlung. Bei allen tieferen Ulcerationen aber und bei drohenden Perforationen des Gaumens, der Nasenscheidewand etc. habe ich stets neben der Allgemeinbehandlung die von mir in die Syphilistherapie eingeführten Chromsäure-Aetzungen vorgenommen, um durch eine möglichst beschleunigte Heilung Verwachsungen und bleibende Durchlöcherungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Bei der Besprechung der selteneren Kehlkopferkrankungen, wie sie bei Pemphigus, Malleus, Sklerom, Leukämie u. s. w. beobachtet werden, kommt dem Herausgeber seine grosse Erfahrung aufs beste zu statten. Wie er sich das Verhältniss des Erysipels zu der acuten infectiösen Phlegmone vorstellt, ist mir aus seiner Darstellung nicht ganz klar geworden. Er scheint mir durch meine Arbeiten, durch welche ich die Zusammengehörigkeit dieser Affectionen nachzuweisen versuchte, nicht ganz überzeugt worden zu sein. Die schwierigen Capitel über die gutartigen und bösartigen Neubildungen, über die Nervenlehre des Kehlkopfes und die Reflexneurosen sind ausserordentlich klar und übersichtlich; sie legen von dem grossen Fleiss des Herausgebers, der die Riesenliteratur über diese Fragen mit grossem Eifer durchgearbeitet hat, ebenso wie von seiner eigenen reichen Erfahrung beredtes Zeugniss ab.

Von den Lehrbüchern der medicinischen Literatur, selbst von den allerbesten, welche die dankbare Anerkennung der Berufsgenossen als „klassisch" bezeichnet hat, ist nur sehr wenigen die Bearbeitung durch einen neuen Herausgeber gut bekommen. Die meisten haben, auch wenn die technisch-äusseren Vorzüge, Vollständigkeit, Uebersichtlichkeit, Klarheit der Sprache u. s. w., bei ihrer Modernisirung erhalten geblieben sind, doch an dem Punkte, der das Wesentliche bei jeder wissenschaftlichen und künstlerischen Bethätigung bildet, mehr oder weniger Einbusse gelitten: es war nicht mehr die Individualität des Autors allein, welche den Stoff belebte, ihm Form und Inhalt gab. So entsprachen derartige Lehrbücher nach ihrer Bearbeitung zwar oft mehr als vorher den Bedürfnissen des Tages, das aber, was über das Bedürfniss des Tages hinausging, was sub specie aeternitatis ihnen Werth und Bedeutung verliehen hatte, war unwiederbringlich dahin. Der neuen Bearbeitung des alten, in seiner Art prächtigen Moritz Schmidt'schen Lehrbuches durch Edmund Meyer glaube ich eine bessere Prognose stellen zu dürfen: Mit Pietät hat der neue Herausgeber vermieden, den Eigenton seines Vorgängers zu stören, ein freundliches Geschick, das einige neue Capitel nothwendig machte, hat es ihm aber gleichzeitig ermöglicht, in diesen

seine Eigenart, sein persönliches Verhältniss zu unserer Kunst und Wissenschaft wiederzuspiegeln, und tactvoll sind die beiderseitigen Anschauungen nebeneinander gestellt, ohne dass die eine die andere erdrückt.

So darf man sich dankbar der Arbeit Edmund Meyer's freuen; sie hat einem Werke, das uns allen lieb und werth ist und das ohne ihn bald nicht mehr als eine Reliquie gewesen wäre, neues und frisches Leben eingeflösst.

A. Kuttner (Berlin).

---

### b) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

vom 12., 13. und 14. Juni 1909 in Brüssel.

Vorsitzender: E. Buys (Brüssel).

Am Sonntag, den 12. Juni, Nachmittags 5 Uhr, fanden sich die einheimischen Mitglieder im St. Johanneshospital ein, um zunächst die administrativen Angelegenheiten der Gesellschaft zu erledigen, hauptsächlich auch im Hinblick auf die nächstjährige Versammlung, welche gelegentlich der Brüsseler Weltausstellung von 1910 eine grössere Theilnahme ausländischer Fachgenossen erwarten lässt.

Um 6 Uhr officielle Eröffnung der fachlichen Sitzungen mit einer Ansprache des Vorsitzenden, welcher nach der üblichen Begrüssung der Gäste einen interessanten Ueberblick über die neueren Errungenschaften auf dem oto-rhino-laryngologischen Gebiete giebt und sehr treffend die heutige Tendenz der Oto-Laryngologen kennzeichnet.

Nach Erneuerung des Büreaus und der Wahl des Präsidenten für das kommende Jahr, sowie der Aufnahme neuer Mitglieder und der Aufstellung der Berichterstatter für die nächste Jahresversammlung geht man über zur

#### I. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate.

Delie (Ypres) legt ein Präparat und mikroskopische Schnitte von einem angiomatösen Fibromyxom der mittleren Muschel und des mittleren und oberen Nasenganges vor. Dasselbe stammt von einem 60jährigen Mann her und repräsentirt einen ziemlich voluminösen Tumor, der abundante Blutungen veranlasst hatte. D. machte dem blutlosen Kranken zunächst Injectionen von physiologischem und Thierserum; darauf nahm er die Entfernung des Tumors mit Einschluss der inneren Wand des Sinus maxillaris oberhalb der unteren Muschel vor, nachdem er zuvor in den Tumor eine Lösung von warmem aseptischen und Sauerstoffhyperoxydwasser aa mit 2 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 : 1000 pro ccm instillirt hatte. Heilung nach 5 Tagen.

Van den Wildenberg (Antwerpen) zeigt den Kehlkopf eines 18monatigen Kindes vor, dem der Autor ohne Anästhesie diffuse Kehlkopfpapillome in zahlreichen Sitzungen entfernt hatte; nach 2 Monaten Tracheotomie wegen Recidivs, das verschiedenen Exstirpationsversuchen widerstand; Tod 8 Monate später aus einer anderweitigen Ursache. Dem Autor gelang es mit der directen Methode noch

zwei andere Kinder unter 2 Jahren von „sehr" diffusen Kehlkopfpapillomen zu befreien.

Capart jr. (Brüssel): Endotheliom des Gaumensegels. C. zeigt einen kleineigrossen Tumor vor, herrührend von einem 39jährigen Kranken; derselbe betrifft eine für das Gaumensegel typische Mischgeschwulst, die äusserst selten vorkommt; sie war sehr leicht zu entfernen und die von ihr angefertigten Schnitte lassen ein Endotheliom vom Aussehen eines Cylindroms (nach den älteren Autoren) an den degenerirten Theilen erkennen.

Noquet (Lille) findet in dem Fall eine Aehnlichkeit mit dem, welchen er im Jahre 1900 der französischen laryngologischen Gesellschaft vorgelegt hatte: ein olivengrosser Tumor, dem freien Rand des Gaumensegels gestielt aufsitzend, der infolge seiner grossen Beweglichkeit in gewissen Augenblicken den Kehlkopfeingang verlegte. Die Geschwulst wurde nach vorheriger Unterbindung des Stiels mit der Scheere entfernt. Die histologische Untersuchung ergab ein Fibromyxom.

Cheval (Brüssel): Kehlkopfkrebs. Ch. zeigt den Kehlkopf eines 40jährigen Mannes vor mit einem Krebs der inneren Wand des rechten Sinus piriformis. Trotz der geringen Ausdehnung der primitiven Geschwulst waren die Lymphdrüsen der betreffenden Halsseite sehr stark ergriffen, rings um die Carotis, den Pneumogastricus und die Vena jugularis einschliessend. Der Tumor wurde in seiner ganzen Masse entfernt und die Dissection bis an die Schädelbasis verfolgt. Im Verlaufe des Eingriffs wurde der Pneumogastricus zerstört und die Jugularis unterbunden. Der Kranke befindet sich in einem leidlichen Zustand.

## II. Demonstration von Instrumenten.

Buys (Brüssel): Apparat für die Massage der Nasenschleimhaut.

Derselbe besteht aus einem biegsamen dünnwandigen Caoutschucröhrchen, das an seinem distalen Ende geschlossen, mit dem anderen auf eine Metallröhre geschoben ist, die gewissermaassen als Handgriff dient. Diese Metallröhre ist mit einer elektrischen Saug- und Druckpumpe durch eine dickwandige Caoutschucröhre verbunden; so geräth, sobald die elektrische Pumpe in Bewegung gesetzt wird, das Caoutschucröhrchen, welches den activen Bestandtheil des Apparates ausmacht, seiner ganzen Länge nach in Trepidation und stellt so einen vorzüglichen Massageapparat für die Nasenschleimhaut dar, der nicht nur sehr gut ertragen wird, sondern auch eine decongestionirende Wirkung ausübt.

B. verwendet denselben seit ca. 2 Jahren bei allen Formen des chronischen Nasenkatarrhs.

Hicquet jr. (Brüssel) zeigt einen Knopflochzangentroicart für die Trepanation des Sinus maxillaris vom unteren Nasengang aus vor; ferner Instrumente für die Enucleation der Mandeln.

Mahu (Paris) legt vor:

1. einen Mundsperrer, Genre Doyen, mit beweglicher Cremaillière, welche denselben ohne Ruck anzulegen und sofort zu entfernen erlaubt;

2. eine Perforationsscheere für die Trepanation des Sinus maxillaris von der Nase aus.

## Sonntagssitzung am 13. Juni im St. Johanneshospital.

### III. Krankenvorstellung.

Collet (Brüssel): Nasenflügelplastik vermittelst eines dem Septum entnommenen Schleimhautlappens und Bedeckung desselben mit Thiersch'schen Epidermisläppchen.

Broeckaert (Gent): Vorstellung eines Kindes von 15 Monaten mit einer Rhinopharyngocele, die sich ganz allmählich an der linken seitlichen oberen Halsregion entwickelt hatte; die Geschwulst ist von sehr wechselnder Grösse, sehr auffallend und stark gespannt während der Exspiration, bis zur Grösse einer Mandarine; dieselbe ist vollständig schmerzlos, giebt einen hellen Percussionston und lässt sich leicht durch Compression zwischen der Fingerkuppe und der seitlichen Atlasapophyse zum Verschwinden bringen. Das symptomatische Gesammtbild lässt auf einen lufthaltigen Tumor — eine Aërocele — schliessen, die ihren Ausgangspunkt im Nasopharynx nimmt. Bei der Untersuchung des Cavums kann man links die Existenz eines tiefen Divertikels erkennen, das nur eine anormal entwickelte Rosenmüller'sche Grube darstellt. Der Autor betrachtet diese Rhinopharyngocele als eine Missbildung branchialen Ursprungs, und müsse man dem Fortbestehen eines Divertikels am hinteren Ende der 2. Branchialspalte die Bildung dieses äusserst seltenen Falles, der eine Art congenitaler innerer blinder Fistel darstelle, zuschreiben. Der Autor fragt, welches die beste Behandlung in dem vorliegenden Fall wäre.

Goris glaubt, dass die Wandungen der Geschwulst nicht rein epithelialer Natur seien; man müsse seine Exstirpation vornehmen, wenn der Tumor sich in Bezug auf seinen Gang operabel zeige. Im gegentheiligen Falle versuche man durch chemische oder thermische Reize die Verklebung seiner Wände herbeizuführen.

Gaudier (Lille) sieht in der Dünnheit der Wände keine Contraindication. Man habe Lymphangiome mit nicht dickeren Wänden entfernt; die Gefahr beruhe in dem Alter des Kindes und der Dauer der Intervention. Seiner Ansicht nach müsse man die Methode mit Injectionen absolut verwerfen.

Fallas: Doppelseitige Fronto-ethmoido-maxillarsinusitis, geheilt durch die Operation nach der auf der Klinik des St. Johanneshospitals üblichen Methode, welche gestattet, mit einer einzigen von der Mitte der Augenbrauen ausgehenden, den inneren Augenwinkel umschreibenden und der Nasenwangenfurche entlang bis in die Oberlippe herabsteigenden Incision alle Sinus auf der einen Seite zu operiren. Aesthetisches Resultat perfect.

Van den Wildenberg stellt einen Kranken vor, der von recidivirenden Polypen beiderseits mit äusserst hartnäckigem Asthma durch die doppelseitige Radicalcur der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen seit 2 Jahren geheilt ist.

Goris (Brüssel): Bemerkung über einige an bösartigen Tumoren der Nase und des Sinus maxillaris operirte Kranke.

Vorstellung dreier Fälle, wovon der

erste einen Mann mit Rundzellensarkom des Siebbeins betrifft, den G. vor

$4^1/_2$ Jahren mit partieller Kieferresection und Exstirpation des Siebbeins operirt hatte; die Heilung hält an.

Der zweite ist ein Mann, der vor 8 Monaten an einem Sarkom des Pterygoidfortsatzes der Nase und des Gaumens mit totaler Resection des Oberkiefers, Abtragung der rechten Hälfte des Gaumensegels und des seitlichen oberen Theiles des Pharynx operirt wurde; der Gaumen wird nach der Bardenheuer'schen Methode wiederhergestellt vermittelst eines an die Pharynx- und Wangenschleimhaut der anderen Seite angenähten Stirnaugenlidlappens; der Defect wurde mit Thiersch'schen Hautstückchen bedeckt; Heilung anhaltend.

Der dritte Fall ist eine vor 4 Monaten an einem Carcinom der Sinus maxill. operirte Frau; beinahe Totalresection des Oberkiefers; Wiederherstellung des Gaumens vermittelst Lappen aus der Gaumen- und Wangenschleimhaut.

G. betont die Wichtigkeit der Reconstruction des Gaumens nach Abtragung des Oberkiefers.

Hicguet jr. (Brüssel): Spindelzellensarkom des Siebbeins.

Vorstellung eines Mannes von 64 Jahren, mit Vorlegen des Präparates, dessen linke Nasenseite von einem Tumor ausgefüllt war, der sich histologisch als Spindelzellensarkom erwies. Die Operation wurde nach dem Verfahren von Mann ausgeführt: nach Resection des Nasenbeins, des aufsteigenden Kieferastes Entfernung des ganzen Siebbeins mit der Luc'schen Zange und Curette; Trepanation des Sinus sphenoid., der vom Tumor ausgefüllt war; Curettage. Die Orbitalhöhle communicirt durch eine breite Oeffnung mit der Nasenhöhle. Narbe unsichtbar; leichtes Recidiv nach 4 Monaten, das durch Curettage auf endonasalem Wege zur Heilung gebracht wurde,

Fallas (Brüssel): Ein Fall von Tenor mit Bassstimmbändern. Was thun mit dem Schüler des Conservatoriums, der mit Bassstimmbändern unter die hohen Tenöre eingereiht worden, nicht im Stande ist, einen tiefen Ton hervorzubringen?

Discussion:

Poyet (Paris) hatte Gelegenheit, am Conservatorium in Paris häufig junge Leute zu beobachten, die sich als Tenöre vorstellten und in der That auch ein Tenorlied singen konnten; es sind das aber meistens Baritone, deren Larynx mit einer kräftigen Musculatur ausgestattet ist und die dank ihres wirksamen Blasinstruments hohe Töne hervorbringen und das natürliche Si bis zum ut erreichen; allmählich aber ermüdet das Organ und bald muss der junge Mann von der Tenorklasse in die der Baritone übergehen, und dies definitiv.

Jauquet (Brüssel): Vollständige linksseitige Stimmbandparalyse nach zufälliger Section des Pneumogastricus durch einen Fremdkörper, einen weissglühenden Metallsplitter, der vor 3 Jahren, ohne den Sympathicus oder sonst noch ein Organ zu verletzen, im Niveau der Regio carotid. eingedrungen war. Die Paralyse des linken Stimmbandes ist vollständig; Puls 90.

Labarre (Brüssel): Ventricularlaryngocele des Kehlkopfs; der mandarinengrosse Tumor springt wie eine Hernie unter dem Kinn vor, wenn der Kranke eine forcirte Exspirationsbewegung macht; Reduction leicht durch Com-

pression, wobei ein eigenthümliches Geräusch durch die gewaltsame Passage der Luft in dem Larynx entsteht. Laryngoskopisch erkennt man einen ziemlich deutlichen Prolaps des rechten Morgagni'schen Ventrikels, der der Entstehung der Laryngocele nach innen hin entspricht.

Delsaux (Brüssel): Wegen subglottischer Narbenstenose laryngostomirter, über ein Jahr geheilter Kranker.

Derselbe wurde vergangenes Jahr schon als geheilt vorgestellt; er kann seinen Beschäftigungen nachgehen und ohne Athemnoth laufen; ausserdem hat sich die Conversationsstimme wieder hergestellt durch vicariirendes Eintreten des Stimm- und Taschenbandes der anderen Seite.

Beco (Lüttich): Vorstellung von Kranken, die wegen Erstickungsgefahr infolge von Papillomen tracheo-laryngostomirt wurden.

Drei im vorigen Jahre schon vorgestellte Kranke: bei dem ersten folgen Recidiv auf Recidiv, die man vermöge der Stomie verfolgen und bekämpfen kann bei freigehaltener Respiration; von diesem Gesichtspunkt aus bietet die Stomie vor der Canüle, die der Kranke $1^1/_2$ Jahre getragen, grosse Vorzüge.

Die zwei anderen Fälle sind von Recidiv seit 12 resp. 14 Monaten frei geblieben. Bei dem einen ist der Verschluss der Stomie vor 4 Monaten durch Autoplastik vorgenommen worden, der andere erträgt den Verschluss derselben nicht.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Tracheo-Laryngostomie wegen Laryngotracheal-Papillomen und Verengerung. Heilung.

Kind von 8 Jahren mit diffusen Laryngotracheal-Papillomen hatte schon die Thyreotomie überstanden, worauf Recidiv, das die Tracheotomie nöthig machte. Trotz einer Ruhepause von 4 Jahren zeigten die Papillome nicht die geringste Tendenz zur Heilung und verbreiteten sich auf die Trachea. Mit der Laryngotracheostomie wurde nach Totalexstirpation der Papillome die Radicalheilung erzielt. Die Stomie ist seit 2 Monaten durch Autoplastik geschlossen.

Goris (Brüssel): Radicalcur diffuser Kehlkopfpapillome.

G. stellt einen Kranken von 17 Jahren vor, dessen Stimme seit seinem 3. Lebensjahre rauh war. Derselbe hatte verschiedene Eingriffe auf natürlichem Wege überstanden, aber trotzdem blieb seine Stimme rauh.

Im März 1909 nahm G. die Thyrotomie vor, entfernte die Papillome mit der Scheere und kauterisirte die Implantationsbasis galvanokaustisch. Stimme jetzt vollkommen klar. G. ist der Ansicht, dass in analogen Fällen die Thyrotomie der Stomie vorzuziehen sei wegen der rascheren Heilung. Die Stomie möge indicirt sein, wenn die Kehlkopfwandungen mit Papillomen besetzt sind und eine postoperative Stenose zu befürchten ist.

Discussion:

Broeckaert meint, dass die Behandlung der Kehlkopfpapillome seit einiger Zeit eine vollständige Umgestaltung erlitten habe. Zwei neue Methoden drängen sich auf, wenn man zur Radicalcur schreiten will: einmal die Entfernung der Papillome mit der endoskopischen Methode, directes Vorgehen, das leicht und selbst am Kinde sich ausführen lässt; zweitens die Tracheolaryngostomie,

welche den Kehlkopf und die Trachea zu überwachen gestattet und eventuell im Falle von Recidiv einen Eingriff ermöglicht.

B. hat vermöge einer eigens für den Fall construirten Zange Larynxpapillome von der Wurzel aus exstirpirt. In einem anderen Falle, in dem es sich um ein Trachealgranulom bei einem Kinde infolge von Tracheotomie wegen Croup handelte, hatte er sich vorgenommen, die Tracheostomie vorzunehmen, aber die Leichtigkeit, mit welcher er die Neubildung wegnehmen konnte, liess ihn auf sein Vorhaben verzichten. Es genügte dem Autor, in diesem Falle die temporäre Oeffnung der Trachea vorzunehmen.

B. führt schliesslich noch einen Fall an, bei welchem er die Gelegenheit hatte, eine Tracheostomie anzulegen. Es handelte sich um ein 2jähriges Kind mit progressiver schwerer Dyspnoe infolge einer Lymphdrüsenerkrankung des Mediastinums, die eine schwere Compression der Recurrentes und Pneumogastrici bewirkt hatte. Er eröffnete weit die Trachea, nähte die Schleimhaut an die Haut und setzte eine Canüle für 14 Tage ein. Dank einer Jod- und Kräftigungsbehandlung stellte sich die physiologische Athmung wieder her im Verlaufe einiger Monate und die Stomie konnte durch einfache Anfrischung geschlossen werden. Die Trachealmündung hatte, wie Beco vorausgesehen, eine Tendenz zur Verengerung, und um die Dilatation zu erhalten, musste der Autor zu verschiedenen Malen eine Canüle einführen, welche er eine Nacht lang liegen liess.

Van den Wildenberg äussert sich dahin, dass man zu den äusseren Methoden nicht als ultima ratio seine Zuflucht nehmen soll. Ausser den Resultaten, welche er bei Kindern unter 2 Jahren mit der directen Kirstein'schen Laryngoskopie erzielt hat, führt er den Fall von einem jungen 17jährigen Menschen an, der während 4 Monaten auf endolaryngealem Wege an diffusen Kehlkopfpapillomen behandelt worden war. Als letzte Zuflucht wurde die Laryngofissur vorgeschlagen. Dem Autor gelang es, diesen Patienten in 10 Sitzungen vollständig zu heilen und in aller Geduld die Papillome ganz zu entfernen. Den Extrationen liess er Cauterisationen mit reiner Milchsäure folgen und verabreichte Liq. Fowleri.

Beco findet den Goris'schen Fall sehr anerkennenswerth, aber man soll sich nicht durch ein isolirtes Factum beeinflussen lassen, denn keine Affection biete so verschiedenartige Charaktere, wie die „Papillose" des Kehlkopfs, die jedem Patienten seine eigene Symptomatologie verleihe. Der Autor erinnert an die voriges Jahr von ihm aufgestellten Conclusionen: „Man muss die Stomie als letztes Hülfsmittel betrachten, wenn die Papillome immer wieder nach den Eingriffen auf natürlichem Wege oder nach einfachen Thyrotomien recidiviren. Trotzdem giebt es Fälle, bei denen die Tumoren derartig zahlreich, derartig dichtgedrängt und derartig verbreitet sind, dass man einen Misserfolg mit der endoskopischen Methode vorhersehen kann. Die einfache Thyrotomie ist in diesen Fällen nicht sicherer, weil gewisse Partien der Neubildungen der Curettage entgehen können. Das sind Fälle, welche gewöhnlich recidiviren und die Laryngostomie rechtfertigen."

Trétrôp kennt den Kranken von Goris, welchem Broeckaert und er selbst auf natürlichem Wege mit momentan gutem Erfolge Papillome entfernt hatten. Er verzichtete auf Grund der Nothwendigkeit des Patienten, sein tägliches Brot zu verdienen, auf die Laryngostomie, die eine lange Nachbehandlung er-

heischt. Er gratulirt Goris zu dem ausgezeichneten Resultat, das er so schnell erreicht.

Goris denkt, dass es schwer sei, wenn man auf natürlichem Wege eingreife, dafür zu garantiren, dass die Papillome nicht wiederkommen, weil ihre Basis bestehen bleibe. Er ist Anhänger der Laryngofissur in den freilich wenig zahlreichen Fällen von diffusen Papillomen und reservirt die Stomie für die Fälle von diffusen Papillomen, die die ganze Schleimhaut bedecken; dieselbe schützt gegen das Recidiv und gegen die Verengerung.

Gaudier ist der Ansicht, dass die Indicationen zu Operationen bei den Fällen von Larynxpapillomen sich folgendermaassen stellen lassen:

bei isolirten Fällen Intervention auf natürlichem Wege;

bei Papillomen des Larynx und der Trachea Laryngofissur; endlich

bei den wuchernden Formen der Schleimhaut die Laryngostomie, die allein die consecutive Stenose zu bekämpfen gestatte.

Payet sen. will nicht unterlassen, auf die Fälle diffuser Papillome hinzuweisen, welche, auf natürlichem Wege operirt, mehrere Jahre lang recidiviren. Er hat viele derartige Fälle gesehen, welche, ein-, zwei-, zehnmal operirt, eines schönen Tages nicht recidivirten, und zwar ohne irgend welchen annehmbaren Grund.

Bayer hat das spontane Ausstossen von Larynxpapillomen bei zwei Personen beobachtet, welche vollständig davon befreit wurden.

Helsmoortel rühmt die Broeckaert'sche Zange, die er mit Erfolg in solchen Fällen von Papillomen angewendet hat.

Capart jr. betont die Wichtigkeit, den Ausdruck „diffuses Papillom“ nur für Tumoren zu gebrauchen, mit welchen wir es hier zu thun haben. Virchow hat sie in der That mit dem Namen Pachydermie des Kehlkopfs bezeichnet; es bedürfte aber wichtiger Gründe, die durch den langen Gebrauch sanctionirte Nomenclatur zu ändern.

Delsaux (Brüssel): Adamantinom des Unterkiefers operativ geheilt.

34jährige Kranke, die seit 10 Jahren mit einem Tumor des linken Unterkiefers behaftet ist — ohne Schmerzen. Entwickelung langsam. Als D. die Kranke zum ersten Male sah, war der Tumor faustgross; die Halslymphdrüsten frei; mehrere histologische Untersuchungen der Geschwulst ergaben die Diagnose „Epitheliom“ oder „atypisches Epitheliom“. Schliesslich wurde die mikroskopische Diagnose von Steinhaus gestellt. Die Operation bot nichts Ungewöhnliches dar; Patientin bleibt geheilt und wird es auch bleiben: Die Deformation der Wange wird durch eine Prothese und Paraffininjectionen in die Wange ausgeglichen werden.

Broeckaert (Gent): Demonstration eines neuen automatisch verschiebbaren Oesophagoskops an einem Kranken.

Dieser Apparat hat vor dem Brüning'schen den Vortheil, einfacher und dadurch wohlfeiler zu sein. Das Einstellen der inneren Röhre, welche gestattet, das

Oesophagoskop nach Wunsch zu verlängern, geschieht durch automatisches Verschieben ohne Ruck mittelst einfacher Rotationsbewegung einer Schraube, welche aussen am Universalhandgriff, der zugleich als Elektroskop dient, angebracht ist.

Trétrôp (Antwerpen): Halsphlegmonen bucco-pharyngealen Ursprungs, operativ geheilt.

Vorstellen von zwei solchen Fällen; der eine kam infolge einer Entzündung des Nasopharynx nach Influenza zu Stande; der andere infolge eines leichten Traumas der Mund-Rachenschleimhaut durch einen Pflanzenstiel. In beiden Fällen enthielt der Eiter Streptokokken. Bei dem ersten Kranken wurde die Chloroformnarkose angewandt; bei dem zweiten die gemischte Narkose von Chloräthyl mit Chloroform. Heilung ohne sichtbare Narbe in $1^1/_2$ bis 2 Monaten.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Drei Fälle von Thyroidectomie.

Der Autor präsentirt:

1. eine Frau, die an einem enormen parenchymatösen, die Trachea ringsum einschliessenden und das Kaliber desselben bedeutend beschränkenden Kropf litt. Symptome von Basedow: Tachycardie mit 120 Pulsen, Herzklopfen, nervösen Symptomen: Thyroidectomie ohne Localanästhesie; vollkommene Heilung.

2. 11jähriges Kind, vor einem Jahr an einem primären exophthalmischen Kropf, einer im Kindesalter sehr seltenen Affection erkrankt. Die Krankheit nahm einen ganz acuten Verlauf mit alarmirenden Symptomen (180 Pulse pro Minute) etc., und da alle übrigen Behandlungen im Stiche liessen, so wurde die Thyroidectomie ohne Chloroformnarkose vorgenommen. Rapides Verschwinden aller Symptome.

3. Kranke mit einem primären exophthalmischen Kropf leidet an einem voluminösen, tief hinter dem Sternum herabsteigenden Kropf seit $1^1/_2$ Jahren. Thyroidectomie unter Localanästhesie: Sofortige Heilung der Dyspnoe und fortschreitendes Verschwinden der anderen Symptome.

Der Autor ist für die Thyroidectomie bei exophthalmischem Kropf; diese müsse sofort vorgenommen werden, wenn zu gleicher Zeit Trachealstenose besteht, und secundär in den anderen Fällen, wo die medicinische Behandlung fehlgeschlagen.

## Nachmittagssitzung im St. Johanneshospital.

Hicguet (Brüssel): Indicationen zur chirurgischen Intervention an der Nasenscheidewand. Wahl des Verfahrens.

Wenn die Deviation auch an und für sich keinen Nachtheil bietet, so kann sie doch nervöse, Lungen-, Gefäss- und nasale Störungen bedingen, die zu Gunsten einer Intervention sprechen. Mehrere Möglichkeiten können eintreten:

1. Deviation mit Rhinitis: Man operirt zuerst die Deviation, denn die Rhinitis verschwindet gewöhnlich dann ohne weitere Behandlung.

2. Deviation und Schleimpolypen: Man entfernt zuerst die Polypen und geht dann an die Deviation heran.

3. Deviation und Sinusitis: Immer zuerst die Sinusitis operiren. Der Weg von aussen ist am sichersten.

Für die Scheidewandvorsprünge empfiehlt H. das Moure'sche Septotom. Die Scheidewandkämme entfernt er vorher mit Meissel und Säge nach vorheriger Abhebung der Schleimhaut.

Was endlich die Deviationen anbelangt, so lässt der Autor keine andere Methode zu, als die submucöse Resection, welche allein ein vollkommenes Resultat mit Schonung der Schleimhaut liefere.

Discussion:

Van den Wildenberg sieht den grossen Vortheil der submucösen Resection in der raschen Heilung, besonders wenn man darauf bedacht ist, die Naht der Incision nach Entfernung des Knorpels vorzunehmen.

Delsaux: Eitrige Meningitis nasalen Ursprungs.

24jähriger Mann, 4 Monate vor seiner Aufnahme auf der otolaryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitals an rechtsseitiger Frontalsinusitis operirt; derselbe sonderte immer noch Eiter aus der Nase ab und trug am inneren rechten Augenwinkel eine Fistel. Eingriff rechts, nachdem die Diagnose rechtsseitige Polysinusitis und linksseitige Frontoethmoidalsinusitis durch die Rhinoskopie, Translumination und Explorationspunction bestätigt hatte. Einige Tage nach der Operation tritt eine Anschwellung an der linken Stirngegend auf, die nicht zum Verschwinden zu bringen ist. Temp. über 38°. Vornahme der Frontoethmoidalcurettage links: kein Abfall der Temperatur; es treten im Gegentheil Zeichen von rechtsseitigem Gehirnabscess, des Temporallappens auf. Vornahme eines dritten Eingriffs, diesmal am Gehirn, der zur Entdeckung eines intraduralen Eiterherdes führte. Eröffnung und Drainage desselben. Während einiger Zeit konnte man auf eine Heilung hoffen, allein die Affection verbreitete sich auf die Meningen und der Kranke stirbt im Coma. Diagnose durch Autopsie bestätigt.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Gehirnabscess nasalen Ursprungs.

23jährige Kranke, welche bei der ersten Untersuchung eine linksseitige Frontoethmoidalsinusitis mit stürmischen Symptomen darbot, rechts dieselbe Affection, aber ohne andere Symptome, als einen eitrigen Ausfluss aus der Nase. Operation auf endonasalem Wege. Recidiv.

Der Autor nahm darauf linkerseits die Sinusectomie und Siebbeinausräumung nach dem Verfahren von Killian vor. 3 Wochen später bedeutende Anschwellung mit Fluctuation in der rechten Orbitalgegend; die Kranke lehnt jede Radicaloperation von dieser Seite aus ab. Eine einfache Incision, die im Niveau des inneren rechten Augenwinkels vorgenommen wurde, bewirkt einen reichlichen Eiterausfluss und die Elimination eines kleinen Sequesters des Os unguis. 14 Tage später erhält Autor die Erlaubniss, einen ausgiebigeren Eingriff vorzunehmen, wobei er auf einen voluminösen Sequester stösst, der die Apophysis cristae Galli und die Lamina cribrosa des Siebbeins umfasst. Im Niveau der Stirn besteht eine sehr ausgedehnte osteomyelitische Zone. Nach weiteren 3 Tagen treten Herderscheinungen des Gehirns im Niveau der linken Roland'schen Zone auf: motorische Aphasie, Lähmung der rechten Hand; Trepanation mit Eröffnung eines

geräumigen Epiduralabscesses. Die Symptome verschlimmern sich mehr und mehr; 12 Stunden später incidirte der Autor einen voluminösen Gehirnabscess. Tod im Coma 3 Tage nachher. Verf. meint, die Osteomyelitis sei von der rechten, nicht operirten Seite ausgegangen, deren Wand der Sitz einer Osteitis war. Die Infection habe dann durch die venösen Breschet'schen Zwischenknochencanäle stattgefunden.

Escat (Toulouse): Das Traguszeichen bei den Neuriten und der Compression des Pneumogastricus.

Der Autor bezeichnet mit diesem Ausdruck das Gefühl von Stechen und Kitzeln im Halse mit nachfolgendem trockenen, keuchhustenartigen Hustenanfall, hervorgerufen durch einen sehr schwachen Druck auf den Tragus eines der Ohren; dieser Druck hat zur Folge, dass sich der Auricularast des Pneumogastricus leicht zerrt. Bei Abwesenheit jeder Localläsion des äusseren Gehörganges oder jeder brutalen Ohruntersuchung, wie z. B. einer Ohrinjection unter starkem Druck, erlaubt die Feststellung dieses Zeichens eine Reizung des Stammes des X. Gehirnnervenpaares oder seiner sensitiven Aeste anzunehmen. Escat hat es beobachtet

1. bei den Compressionen des Pneumospinalis, die schon durch das Avellis'sche Syndrom und die Tachycardie sich zu erkennen gegeben haben;
2. bei Individuen mit postgrippaler ramusculärer Neuritis des X. Paares;
3. bei Pleuritisreconvalescenten;
4. bei 2 Fällen von Keuchhusten.

Es wurde hingegen nie constatirt bei isolirter Recurrenscompression.

Deshalb meint der Autor, dass dieses Zeichen die speciell „recurrential" benannte Larynxhemiplegie von der Larynxhemiplegie infolge einer Läsion des Pneumospinalis zu differenziren gestatte.

Delie (Ypres): Pseudomembranöse Streptokokkenamygdalitis und Appendicitis.

Junges Mädchen von 25 Jahren bekam eine acute Entzündung beider Mandeln mit weissem Belag; die Cultur erwies Streptokokkennatur. Am 3. Tage trat eine wohl charakterisirte Appendicitis auf, welche ohne Eiterung verlief und nach 3 Monaten verschwand. Handelte es sich hier nicht um zwei Manifestationen derselben Mikroben an zwei Organen von analoger Struktur?

Lecocq (Wasmes): Application der Formalisationsmethode bei einem Fall von bösartiger Geschwulst des Mundes.

17jähriges junges Mädchen mit einem ulcerirten wuchernden Tumor von grauer Farbe am linken Unterkieferwinkel im Hintergrunde des Mundes. Schlechter Allgemeinzustand; keine hereditären Antecedentien. Der Tumor nahm in einigen Tagen eine sehr grosse Ausbreitung an, die den Autor bestimmte, einen Eingriff vorzunehmen.

Incision der linken Wange, von der Lippencommissur angefangen bis in die Reg. parotidea. Man erkennt, dass die Geschwulst sich in die Reg. pterygoidea erstreckt. Mit Scheere und Zange wird alles entfernt, was man kann, worauf man eine Cauterisation mit purem Formol folgen lässt, mit Application eines intra-

buccalen Compressionsverbandes. Naht der äusseren Wunde mit Metallagraffen. Der Autor setzte die Verbände mit verdünntem Formol täglich fort und machte noch wöchentlich eine oder zwei Betupfungen mit purer Lösung. Dadurch und indem er noch vom Munde aus die nachschiessenden Wucherungen der Geschwulst entfernte, konnte Autor eine Verlängerung des Lebens von nahezu drei Monaten erzielen.

Lecocq schreibt dem Formol eine active Rolle bei bösartigen Neoplasmen zu. Er hat davon mehrere Besserungen, aber keine Heilung gesehen.

Discussion:

Goris glaubt, dass man eine vollständige Exstirpation hätte vornehmen können. Was die neuen Methoden, Formol, Radium etc., anbelangt, so müsse man sie nur mit grosser Vorsicht aufnehmen. Schreiben wir, sagt der Autor, dem neuen Verfahren keinen curativen Werth zu, der bis jetzt nur der frühzeitigen blutigen Operation zukommt.

Capart jr. fragt nach der klinischen Diagnose der Geschwulst.

Lecocq antwortet, dass zwei mikroskopische Diagnosen gemacht wurden: die eine lautet: „Gewebe von entzündlicher Reaction", die andere „Fibrosarkom". Er denkt, dass man diesen Fall dem Fusosarkom, welches Delsaux voriges Jahr vorgestellt, an die Seite stellen könnte.

Cheval behält sich seine Reserven vor bezüglich der Radiumbehandlung, die unanfechtbare Resultate liefere.

Delsaux ist sehr erfreut darüber, dass die Lecocq'sche Mittheilung eine interessante Discussion veranlasst habe, welche mehr oder weniger zu einer Präcision der nicht operativen Behandlungsweise von Tumoren bösartiger Natur Veranlassung gegeben habe. — Er antwortet Goris, dass die ausgedehnte Operation in dem Falle Lecocq's nicht ausgeübt wurde, weil die Kranke nicht mehr radical operabel war.

Bichaton (Reims) betont die unzweifelhafte Wirkung des Radiums bei gewissen Tumoren: Naevi, Xanthomen etc.

Jacques (Nancy) hat eine Communication über die Pathologie und Behandlung der Angina Ludovici abgeliefert, über die noch anderweit berichtet wird.

Trétrôp (Antwerpen): Ueber das Mobilmachen und die Expulsion gewisser Oesophagusfremdkörper durch die locale progressive Anästhesie.

T. unterscheidet zwei Kategorien von Oesophagusfremdkörpern: diejenigen, deren Expulsion durch die natürlichen Wege unmöglich oder gefährlich ist, und diejenigen, bei welchen sie möglich ist, die aber, ungeschickt angegriffen, Spasmus veranlassen mit darauf folgender Einkeilung. Für diese letzteren bewirkt die progressive Localanästhesie häufig das Mobilwerden und die normale Weiterbeförderung nach unten, ohne dass man auf die Oesophagoskopie zu recurriren habe. Der Autor citirt 3 derartige natürliche Fälle.

De Stella (Gent): Die Seroanaphylaxie und ihre Behandlung.

Die auf diphtheritische Seruminjectionen folgenden Zufälle sind theils banale und häufig vorkommende, wie schmerzhafte Arthritis, Urticaria etc., theils ernster Natur, ja sogar tödtlich, was zum Glück sehr selten ist. Der Autor studirte die Pathogenese dieser Zufälle, welche die Serumkrankheit, oder anders ausgedrückt, die „Seroanaphylaxie“ ausmachen.

Die Klinik lehrt, dass diese Zufälle hauptsächlich nach einer zweiten oder dritten Injection auftreten, und viel seltener nach einer einzigen und massiven. Das beweist, dass die erste Injection den Kranken für eine neue Injection hypersensibel gemacht hat. Die am anaphylactisirten Thiere beobachteten Zufälle sind den klinisch beobachteten analog: Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks, Dyspnoe und Collaps. Man weiss ferner, dass das Thier (Meerschweinchen, Hund) durch eine Pferdeseruminjection sensibilisirt werden kann, derart, dass eine zweite Injection mit demselben Serum, die im Zwischenraum von einigen Tagen vorgenommen wurde, das Thier mit einer Dosis tödtet, welche bei dem nicht sensibilisirten Thier ganz und gar unschädlich geblieben wäre. Die gleichen Resultate erhält man bei dem antidiphtheritischen Serum. Ausserdem theilt das Serum diesem durch eine Pferdeseruminjection sensibilisirten Thiere, wenn es einem jeder Sensibilität baaren Thiere injicirt wird, diesem letzteren die Anaphylaxie dem antidiphtheritischen Serum gegenüber mit.

Behandlung: Vom prophylactischen Standpunkte aus räth der Autor, nur eine einzige, aber massive Seruminjection vorzunehmen. Wenn es zu üblen Zufällen kommt, so bestehen die schlimmsten in dem Sinken des arteriellen Blutdrucks. Diese kann wirksam bekämpft werden durch subcutane Injectionen mit adrenalisirten physiologischem Serum (500 ccm Serum mit Hinzufügung von 1 ccm einer Adrenalinlösung von 1 pM.) oder in dringenden Fällen durch eine intravenöse Injection einer Lösung von 100 ccm physiologischen Serums mit Hinzufügung von 5—10 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 pM.

Goris: Bemerkung bezüglich der Behandlung gewisser Hustenformen.

G. macht auf das Vorhandensein einer hustenerzeugenden Zone im Bereiche des Sternoclaviculargelenks aufmerksam; es befinden sich da der Pneumogastricus, der Phrenicus, der obere Brustfellblindsack und die Mediastinalpleura. Die Eiteransammlung an dieser Stelle ist eine der Ursachen, welche auf diese Gegend einen Reiz ausüben. Der Autor hatte zweimal Gelegenheit, einen beständigen trockenen Husten zu beobachten, welcher durch eine Caries des Sternoclaviculargelenks bedingt war. Die Operation, welche in einer Resection des Clavicularrandes und des Manubriums bestand, brachte die beiden Kranken zur Heilung, ohne dass eine functionelle Behinderung zurückblieb. G. konnte sogar während der Chloroformnarkose constatiren, dass die im Bereiche dieser Gegend ausgeübte Pression diaphragmatische Erschütterungen hervorrief, was zu der Annahme berechtigt, dass man diesen Husten der Reizung des Phrenicus zuschreiben dürfe.

Der Montag, 14. Juni, war der Geselligkeit geweiht, um die sich der Herr Vorsitzende mit seiner Frau Gemahlin ganz besondere Verdienste erwarben.

Bayer.

## c) Niederländischer Naturwissenschaftlicher und Medicinischer Congress

zu Utrecht am 16. und 19. April 1909.

Medicinische Subsection.

I. Beziehungen zwischen Erkrankungen des Sehnerven und der hinteren Nasennebenhöhlen.

H. Snellen jr. (Utrecht). (Referat.)

S. giebt einen historischen Ueberblick über die Frage der von der Nase ausgehenden Entzündungen in der Augenhöhle. Aus der jüngsten Mittheilung von Birch-Hirschfeld geht hervor, dass von 684 Orbitalaffectionen nicht weniger als 409mal die Ursache in einer der Nasennebenhöhlen lag. Von diesen war der Ausgangspunkt in 31,6 pCt. die Stirnhöhle, 21,7 pCt. die Kieferhöhle, 20,5 pCt. das Siebbein, 6,1 pCt. das Keilbein, 14,7 pCt. mehrere Nebenhöhlen, 5,4 pCt. unbestimmt. Die eigene Erfahrung von S. ist eine andere: In 15 Jahren 7mal die Stirnhöhle, 1mal das Siebbein, 1mal die Kieferhöhle. Die Zahl 6,1 pCt. für das Keilbein hält er entschieden für zu niedrig; diese Affectionen bleiben wohl oft unbekannt, namentlich in Fällen von Erkrankung des Sehnerven. Dieselbe sah er nie infolge von Stirn- oder Kieferhöhlenentzündung auftreten. Dagegen hat er oft eine Keilbeinerkrankung vermuthet, ohne dass dieselbe vom Nasenarzt hätte festgestellt werden können.

December 1906 behandelte er einen Landmann, der mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Gesichtsabnahme plötzlich erkrankt war. Rechtes Auge war blind; links Sehschärfe $^{6}/_{60}$ mit temporaler Hemianopsie, Parese des Abducens und des Oculomotorius und Fieber. Bei Rhinoskopia anterior nichts Abnormes, bei der posterior ein wenig Eiter am oberen Choanalrand. Eröffnung der Keilbeinhöhlen (Quix): links viel, rechts wenig Eiter. Der Patient, der vor der Operation schwer krank war, erholte sich allmählich und wurde nach 6 Wochen entlassen. Das rechte Auge war blind; links Sehschärfe $^{6}/_{10}$ (später $^{5}/_{6}$); die Lähmungen verschwunden. Zweifelsohne ist die Entzündung der Keilbeilhöhle auf die beiden Sehnerven übergegangen; sie muss sich auch, innerhalb der Schädelhöhle, bis an die Fissura orbit. sup. ausgedehnt haben.

Seitdem hat S. in jedem verdächtigen Fälle systematisch die hinteren Nebenhöhlen eröffnen lassen. Unter diesen 11 Fällen war noch einer mit intracranieller Ausbreitung der Entzündung und bitemporaler Hemianopsie. Drei Fälle zeigten das Bild der retrobulbären Neuritis optica, drei der Papillitis, dreimal Retinitis haemorrhag. (Thromb. v. centr. retin.); einmal Atrophie der Papille. Aus diesem systematischen Vorgehen erklärt sich die von Birch-Hirschfeld so sehr abweichende Statistik. Neben 7 Fällen von Stirnhöhleneiterung in 15 Jahren fand er in 2 Jahren nicht weniger als 11mal Erkrankung des Keilbeins.





F. H. Quix (Utrecht): (Referat.)

Q. giebt einen Ueberblick über die anatomischen Verhältnisse und die Diagnostik der Keilbeinhöhle, sowie über die Wege, auf welchen Entzündungen dieser Höhle auf den Opticus übergreifen können. Es ist nicht nothwendig, dass die Nebenhöhlenentzündung eitriger Natur ist; auch die hyperplastische Form kann zur Complication führen. Die auffallend schnelle Erholung der Sehschärfe mit der Eröffnung der Höhle lässt den Schluss zu, dass keine wirkliche Neuritis, sondern nur Functionsstörung durch Stauung oder Toxinwirkung bestand. Verschliessung des Nasenhöhlenostiums kann eine solche Stauung verursachen. Wie auch Snellen betont Q. die Nothwendigkeit des Zusammenwirkens von Nasen- und Augenarzt. Nur in der Minderzahl der von ihm mit Snellen behandelten 11 Fälle wurde bei der Rhinoskopie Eiter gefunden: meistens gab es Schwellung in der Umgebung der mittleren Muschel an der Seite des erkrankten Auges. Auch in der eröffneten Keilbeinhöhle wurde nur in einzelnen Fällen Eiter gefunden; wohl war die Schleimhaut geschwollen. Gerade in diesen Fällen erfolgte oft unter Nasenspülungen völlige Herstellung des Sehvermögens. Ein paarmal wurde in der Höhle Eiter gefunden, der bei der Nasenuntersuchung nicht vermuthet wurde.

Discussion:

Quix fügt dem Referat noch die Mittheilung eines Falles doppelseitiger Erblindung infolge Entzündung der Keilbeinhöhlen bei einem Pferde zu, nach Mittheilung des Thierarztes Thomassen. Es war bei Influenza Naseneiterung aufgetreten. Das blinde Thier wurde getödtet. Kiefer- und Stirnhöhlen zeigten sich gesund; die Keilbeinhöhle dagegen war entzündet und dilatirt, mit Affection beider Sehnerven, welche peripheriewärts atrophirt waren.

Struycken (Breda) betont die Schwierigkeiten der Sphenoideröffnung, welche man ohne genügende Indication nicht vornehmen sollte. In seinen Fällen war das functionelle Resultat durchaus nicht günstig. Er bittet um eine Erklärung der Fälle, wo eine Augencomplication aufgetreten, in dem keine Erkrankung der Keilbeinhöhle, bloss Schwellung in der Gegend der mittleren Muschel zugegen gewesen.

Burger (Amsterdam) theilt vier eigene Fälle mit: 1. ein centrales Skotom bei einer chronischen latenten Kieferhöhleneiterung (Patient des Prof. Straub); 2. centrales Skotom bei einem Patienten des Dr. Bloch (Rotterdam) bei chronischer Kieferhöhlen- und Siebbeinentzündung. Ohne äussere Operation, hauptsächlich mittelst Durchspülungen behandelt, wird hier das Skotom fortwährend kleiner; 3. ein Fall von totaler Erblindung des einen Auges und zunehmender Erblindung des anderen Auges. Hier wurde auf Rath des Prof. Snellen die Keilbeinhöhle eröffnet. Die Gesichtsfeldbeschränkung und Gesichtsabnahme sind dann nicht weiter fortgeschritten. Der Fall ist nicht rein, weil zugleich antiluetische Behandlung; 4. ein ausführlich zu beschreibender Fall von bitemporaler Hemianopsie für Farben und bedeutender Abnahme des Sehvermögens (links $^1/_{60}$, rechts $^1/_6$) mit Schwellungskatarrh der Nase. Nach Eröffnung der Keilbeinhöhle hat sich die Gesichtsschärfe auffallend gebessert (beiderseits auf $^5/_6$).

Quix stimmt Struycken bei, dass die Fälle ohne Eiterung sich noch nicht

befriedigend erklären lassen. Ein paarmal ist es ihm gelungen, ein Stückchen Schleimhaut aus der Keilbeinhöhle zu entfernen. Er fand in demselben Infiltration.

II. Die Indicationen zur Adenotomie bei Kindern.

H. J. L. Struycken (Breda): (Referat.)

S. giebt in Tabellenform einen Ueberblick der Symptomatologie auf Grundlage von 5000 operirten Adenoidfällen. Bei jeder Krankheitserscheinung erwähnt er die statistische Zahl der erhaltenen Erfolge. Obenan steht die Mundathmung (3520mal mit 2990 Heilungen), dann Ohrschmerzen (2700mal mit 2100 Heilungen) und Schwerhörigkeit (2670mal mit 1960 Heilungen) u. s. w., bis an die Torticollis (15 und 12) und Gesichtsfeldeinengung (2 und 2).

J. Haverschmidt (Utrecht): (Referat.)

H. behandelt das Thema vom Standpunkt des Kinderarztes. Er betont die Bedeutung der Tonsillenerkrankung in Fällen, wo locale Beschwerden nicht oder kaum existiren. So spielen die acuten Entzündungen der Pharynxmandel eine grosse Rolle bei den unerklärten Temperaturerhöhungen der frühesten Kindheit. Sie kommen namentlich vor bei Adenoid und verschwinden nach der Adenotomie. Das Drüsenfieber ist in der Mehrzahl der Fälle als eine acute Pharyngitis retronasalis und Amygdalitis pharyngea mit in den Vordergrund tretenden regionären Lymphdrüsenschwellungen erkannt. H. bespricht die chronische Adenoiditis mit langwierigen Temperatursteigerungen, bei der die Adenotomie oft, aber nicht immer Heilung bringt.

Beim Säugling kommt eine deutlich zu palpirende, gelappte Masse im Nasopharynx häufig vor. Oft sind die Störungen gering. Bei vielen von diesen Kindern wird man später wiederholentlich an diese Affection erinnert: Pseudocroup, Ohrenentzündungen, Temperatursteigerung, acute Adenoiditis, Convulsionen, Laryngospasmus.

Das Adenoid ist oft eine Aeusserung einer allgemeinen „lymphatischen Diathese". Dadurch aber wird die Bedeutung der localen Behandlung nicht verringert. Asthmatisch-bronchitische Zustände befallen vorzugsweise Kinder mit Tonsillarhypertrophien. In der Regel gehen die Anfälle mit acuten Entzündungen in den ersten Luftwegen und oft bereits mit Mandelvergrösserung einher. Hier lässt die Mandel- und Adenoidoperation oft im Stich. Eine Anzahl anderer, als Reflexerscheinungen von Adenoid beschriebener Erscheinnngen, wie Enuresis, Asthma, Epilepsie, hartnäckiger Husten, Convulsionen, heilen nur selten nach Adenotomie, wenn diese auch aus anderen Gründen angezeigt und nützlich sein kann.

Die Indicationen der Tonsillen- und Adenoidoperation sind für den Kinderarzt die nämlichen wie für den Halsarzt. Der Kinderarzt wird oft kleine Kranke, welche nie den Verdacht auf Adenoid erweckt haben, zum Halsarzt verweisen und ihnen also den einzigen, lange versäumten Weg zur Heilung von langwierigen Krankheitszuständen zeigen.

Discussion:

**Braat** (Arnheim) kann sich mit der von Struycken empfohlenen Chloroformnarkose für die Adenotomie nicht einverstanden erklären. Er hält für diese Operation, wie wohl fast alle holländischen Halsärzte, die Narkose für überflüssig,





weil sie neue Gefahren herbeiführt. Auch meint er, dass es nicht erwünscht sei, mit der Adenotomie eine Nasenoperation zu verbinden, welche meistens überflüssig ist und andernfalls später geschehen kann.

Quix schliesst sich dem Vorredner an. Die Narkose ist unnöthig. Nasenoperationen sollen bei jungen Kindern in der Regel unterbleiben. An der Nasenscheidewand soll nicht vor Abschluss des Zahnwechsels operirt werden.

Burger hegt Bedenken gegen die zahlreichen statistischen Zahlen von Struycken, die nur als Schätzungen betrachtet werden können, weil es ja unmöglich ist, sämmtliche operirte Kinder in genügender Weise zu verfolgen.

Zwaardemaker (Utrecht) hält gleichfalls eine Umarbeitung dieser Statistik für nothwendig, weil Krankheitsbilder und einfache Symptome durcheinander geworfen sind.

Struycken giebt zu, dass die Heilungszahlen seiner Statistik nur approximative sind, weil ihm für die Abfassung seines Referates nur ganz wenig Zeit zur Verfügung stand. Früher hat er ohne Narkose operirt, sah aber dabei vielfach Recidive. Dann hat er Bromäthyl, Chloräthyl, Chloroform durchprobirt und ist schliesslich mit dem Chloroform durchaus zufrieden. Das gleichzeitige Operiren einer verengten Nase hält er in vielen Fällen für erwünscht, weil sich dann die Missbildung des Gesichts und des Gaumens weit schneller und sicherer herstellen. Die Scheidewand operirt er nur nach dem Zahnwechsel.

H. Burger.

---

### d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Juni 1909.

Hempel stellt einen Patienten mit Naevus vasculosus des Rachens und Kehlkopfes vor. Lebhafte Röthung der linken Rachenseite, fleckweise Injection des linken Tubenwulstes, Röthung des Zungengrundes der linken Seite der oralen Fläche der Epiglottis und des Sinus piriformis.

Scheier zeigt einen Patienten mit Lupus des Kehlkopfes; starke körnighöckrige derbe Geschwulst an Stelle des rechten Taschenbandes.

Sturmann: Zur intranasalen Eröffnung der Kieferhöhle.

Einschneiden im Naseneingang auf die Apertura piriformis, Abheben von Weichtheilen und Periost von der facialen Knochenwand um die Apertur herum, Blosslegen der nasalen Knochenwand, Einschlagen der Apertur mit dem Meissel und Entfernung des abgeschlagenen Stückes und, soweit nöthig, der Knochenwände, alles unter Lokalanästhesie (Cocain. mur. 1,0, Tr. Jod. Acid. carbol. ana 0,3, Glycerin. puriss. 10,0, Aq. dest. ad 100,0 auf 1 ccm Zusatz von gtt 2. Suprarenin). Man erhält so einen ausgezeichneten Ueberblick über die Höhle.

Davidsohn zeigt eine Patientin mit Pulsation der Tonsillen bei Aortenaneurysma und -insufficienz.

Scheier: Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Rhinologie.

Sch. bespricht — nach Erwähnung seiner früheren einschlägigen Arbeiten —

die Wichtigkeit dieser Methode, die typischen Aufnahmen in den verschiedenen Richtungen und die Technik mit ihren Fehlerquellen. Unter Demonstration zahlreicher Skiagramme behandelt er die Bedeutung der Methode für die Nebenhöhlenempyeme und betont die Vorzüge derselben gegenüber der Durchleuchtung. Auch acute Empyeme geben meist Verschleierungen auf dem Negativ. Bei geheilten chronischen Eiterungen tritt nicht immer Aufhellung ein.

Dann geht er ein auf die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Nebenhöhlentumoren und -fremdkörper, Zahnerkrankungen, für die Physiologie der Stimme und Sprache und die Behandlung des Lupus und Rhinoskleroms.

Peyser: Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen.

Wenn sie auch nicht bei jeder Nebenhöhleneiterung nöthig, so ist sie doch ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Diagnose. Zu ihrer Verwerthung gehört die Kenntniss der Röntgentechnik und der photographischen Hilfsmittel. Bei Reproductionen laufen leicht Irrthümer unter; das Haupthilfsmittel für die Diagnose ist das Originalnegativ. Neben der Röntgenuntersuchung müssen alle anderen Untersuchungsmethoden angewendet werden.

Jedes acute und chronische Oberkieferhöhlenempyem ist von der Röntgenplatte mühelos abzulesen; geheilte Höhlen können auch noch Schatten geben. Erkrankungen des Siebbeins, besonders des vorderen, geben sich auf der Platte als Schleier zu erkennen; aber eine genauere Localisirung ist kaum möglich.

Es ist nicht immer möglich, die Grössenverhältnisse der Stirnhöhle von dem Röntgenbild abzulesen. Die Keilbeinhöhlenaufnahmen sind am besten seitlich zu machen. (Demonstration einer grossen Reihe von Röntgenbildern.)

Die Discussion wird vertagt.

Gräffner: Larynx und multiple Sklerose.

G. hat 39 Fälle beobachtet und fand in mehr als 50 pCt. der Fälle im Kehlkopfe Veränderungen stabiler und labiler Art. Ueberwiegend und in einer für die Sklerose charakteristischen Weise treten letztere in den Vordergrund; unter ihnen sind Tremor und Ataxie, letztere zumal bei der Abduction, am auffallendsten, jedoch kommen auch Muskelparesen, besonders der Postici und Interni in Betracht.

A. Rosenberg.

---

## IV. Briefkasten.

### Sitzung des permanenten Comités für die Internationalen Congresse für Laryngo-Rhinologie.

Budapest, September 1909.

Gelegentlich des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses trat auch das permanente Comité für die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse zusammen. Dieses Comité wurde, wie erinnerlich, auf einen Beschluss des im vorigen Jahre in Wien abgehaltenen Internationalen Laryngo-Rhinologencongresses gebildet und besteht aus folgenden Mitgliedern: Chiari (Wien), Fränkel (Berlin), Hellat (St. Petersburg), Lefferts (New-York), Massei (Neapel), Moure (Bordeaux) und Semon (London). Semon hatte seinen Rücktritt angezeigt und seine Stelle an Dundas



Grant, derzeitigen Präsidenten der Laryngological Section der Royal Society of Medicine, abgetreten.

Für die abwesenden Herren Fränkel, Hellat und Lefferts traten ein: P. Heymann (Berlin), Lubliner (Warschau) und Gleitsmann (New-York). Der Unterzeichnete wurde als Herausgeber des Internationalen Centralblatts cooptirt und ihm das Amt des Schriftführers des Comités übertragen.

Nachdem, einer Anregung Massei's folgend, der daran erinnerte, dass bereits im Jahre 1870 auf die Initiative des kürzlich verstorbenen Labus in Mailand ein internationaler Laryngologencongress stattgefunden hatte, beschlossen worden war, demgemäss den nächsten Congress als III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress zu bezeichnen, wurde zunächst in Erörterungen über Ort und Zeit des nächsten Congresses eingetreten.

Auf einen Antrag Moure's wurde zunächst beschlossen, um denjenigen, die gleichzeitig Laryngologie und Otologie betreiben, den Besuch beider Fachcongresse zu erleichtern, dass in Zukunft der Internationale Laryngo-Rhinologencongress an demselben Ort wie der Internationale Otologencongress abgehalten werden solle, und zwar entweder einige Tage vor diesem oder im unmittelbaren Anschluss an ihn. Der Durchführung dieses Beschlusses stellten sich jedoch bereits für das nächste Mal grosse Schwierigkeiten entgegen. Da nämlich die Otologen als Ort für ihre nächste internationale Zusammenkunft Boston wählten, es aber mit Recht als ein Wagniss für ein so junges Unternehmen, wie es die Laryngologencongresse sind, betrachtet wurde, einen Ort zu wählen, der wegen der grossen Opfer an Zeit und Geld wohl nur von wenigen Nichtamerikanern besucht werden würde, so musste für das nächste Mal davon Abstand genommen werden, an demselben Ort, wie die Otologen zu tagen. Aus demselben Grunde musste auch vorläufig dankend darauf verzichtet werden, eine seitens der amerikanischen Collegen vorliegende Einladung, den nächsten Congress in den Vereinigten Staaten abzuhalten, anzunehmen. Da zur Zeit, als das Comité tagte, noch keine Entscheidung darüber vorlag, wo der nächste internationale allgemeine Medicinische Congress abgehalten werden würde, die Wahl des Ortes für den Laryngologencongress aber auch von dem Ausfall dieser Entscheidung mit abhängig gemacht werden musste, so konnte ein definitiver Beschluss nicht gefasst werden. Man kam vielmehr dahin überein, dass nach dem Bekanntwerden des für den nächsten allgemeinen Medicinischen Congresses gewählten Ortes der Vorsitzende des Comités mit den Vertretern Deutschlands, Englands und Frankreichs sich bezüglich der Wahl des Ortes für den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress ins Einvernehmen setzen solle.

(Inzwischen ist bekanntlich als Ort für den nächsten Allgemeinen Internationalen Congress London gewählt worden; damit fällt natürlich der im Schoosse des Comités erörterte Gedanke, den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress nach London zu verlegen, fort.)

Die Schwierigkeiten bezüglich der Wahl des geeigneten Zeitpunktes für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse lösen sich von selbst, seitdem in Budapest zum Beschluss erhoben worden ist, die allgemeinen Internationalen Congresse alle vier Jahre stattfinden zu lassen. Da nämlich auch die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse in einem vierjährigen Turnus wiederkehren, so ergiebt es sich als das zweckmässigste, wenn sie immer zwei Jahre nach den allgemeinen Congressen stattfinden und so mit diesen alterniren. Der nächste Internationale Laryngo-Rhinologencongress dürfte demnach im Jahre 1911 stattfinden.

Ferner wurden von Seiten des Comités noch folgende Beschlüsse gefasst:

Das permanente Comité bestimmt die Themata für die Referate und die Referenten.

An jedem Tage wird ein Referat auf die Tagesordnung gesetzt, für das zwei Referenten bestimmt sind.

Jeder Referent ist verpflichtet, dem Schriftführer des Comités mindestens drei Monate vor Beginn des Congresses sein Referat zuzusenden, damit

es, in die Congresssprachen übersetzt, den Congressmitgliedern vor Beginn der Verhandlungen gedruckt zugestellt werden kann.

Die Congresssprachen sind Deutsch, Englisch und Französisch. Wünscht ein Referent, der einer anderssprachigen Nation angehört, dass sein Referat auch in seiner Landessprache gedruckt wird, so bleibt es ihm überlassen, die Uebersetzung in die betreffende Sprache auf seine Kosten vornehmen zu lassen.

Das gedruckte Referat darf den Rahmen von 24 Druckseiten (octav) nicht überschreiten.

Die Vorlesung des ganzen gedruckt vorliegenden Referats ist nicht gestattet. Es werden jedoch dem Referenten 20 Minuten Zeit zugestanden, um sein Thema näher zu erläutern. Finder.

## Bemerkungen zur Methode des galvanokaustischen Tiefenstiches.

Von L. Grünwald.

Auf der XVI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen hat Siebenmann seine „Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose“ in einer Form berichtet, die mich zu einigen Richtigstellungen veranlasst:

1. Der erste Hinweis „auf die ausserordentlich günstigen Erfolge der galvanokaustischen Behandlung“ erfolgte in meinem 1903 in der Münchener med. Wochenschrift. No. 25, veröffentlichten Aufsatze, in dem zum ersten Male die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung hervorgehoben wurde. Die Arbeiten von Mermod und Krieg mit ihrer ebenso klaren Betonung der principiellen Bedeutung sind erst 1904 erschienen, übrigens ebenso unabhängig von der meinigen, als selbstverständlich meine, zeitlich erste, von jenen.

2. Woher Siebenmann das Material zu der Behauptung nimmt, ich neige „wieder nach der älteren Methode der Elektrolyse hin“, ist mir unerfindlich. Meine kritische Erwähnung derselben auf Seite 37 meiner Monographie als eines „rationellen“ Verfahrens, das aber „in den Hintergrund treten muss gegenüber der Galvanokaustik“, giebt wohl keine Berechtigung dazu, noch weniger die auf S. 43 angegebenen „speciellen Indicationen für die endolaryngeale Therapie“, bei denen die Elektrolyse gar nicht erwähnt wird.

3. Der galvanokaustische Tiefenstich ist ein genau ebenso kaustisches Verfahren, wie das Brennen mit dem Flachbrenner; die Wirkung ist in erster Linie die Vernichtung durch hohe Hitzegrade.

Ich betone dies gegenüber der (von anderer Seite als S.) zusammenphantasirten Erklärung meines Verfahrens als einer Wirkung des elektrischen Stromes.

Wenn man durchaus einen nichtdeutschen Namen für mein Verfahren gebrauchen will, so kann man nur von Ignipunktur, nicht von Galvanopunktur sprechen.

Ich benutze diese Gelegenheit, um etwas ausdrücklich zu sagen, was ich für selbstverständlich für jeden Kenner der Kaustik hielt:

Der „rothe Schein in der Trachea resp. im unteren Kehlkopfinnenraum“, der das Durchkommen des Brenners durch ein prominentes Infiltrat verräth, beruht natürlich nicht darauf, dass der Brenner nur rothglühend aufgesetzt worden wäre; denn dann würde er unwirksam im Gewebe erkalten; um im Gewebe noch rothglühend zu bleiben, also zu brennen, durch Hitze zu vernichten, muss er vorher weissglühen. Innerhalb des Gewebes aber bleibt kein Brenner mehr weissglühend, sondern wird, selbst bei unmittelbarer Verkohlung seiner Umgebung durch Abkühlung seitens derselben rothglühend.

Wenn man sich an einzelne, dem Zusammenhange nach vollkommen anders verständliche Ausdrücke u. s. w. hängen will, könnte man ja auch die Siebenmann'sche „Methode“ als Aetzung bezeichnen („wir beschränken uns nicht

darauf, nur einzelne Punkte der erkrankten Partie zu sticheln, sondern wir verätzen . . ."), wofür sich S. mit Recht bedanken würde.

Im Uebrigen: Siebenmann's „Methode" unterscheidet sich von meinem Verfahren absolut in nichts Wesentlichem, ausser in der Anwendung eines spiral- oder halbkugelförmigen Brenners. Die Vortheile des viel tiefer dringenden und die Oberfläche besser schonenden Spitzbrenners werden voraussichtlich bald auch von ihm entdeckt werden, denn: „Einen bedeutenden Fortschritt wird uns die Anwendung der Forest'schen Nadeln bringen". In die Tiefe zu dringen, weil dort die Herde häufig sitzen, also „tief bis in die Submucosa eventuell bis auf den Knorpel hinein", entspricht nur den von mir anatomisch begründeten Principien des Tiefenstichs.

4. Die S.'sche Statistik veranlasst mich, neuerdings auf die Werthlosigkeit oft schon in ihren Zahlenangaben anfechtbarer Statistiken in der vorwürfigen Frage hinzuweisen, in der „nur ausführliche, der Kritik Anhalt gebende Krankengeschichten" (Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses, S. 411) am Platze sind. Bei nächster Gelegenheit werde ich in dieser Form auf meine neuerlichen Erfahrungen zurückkommen.

Obige Bemerkungen von Herrn Grünwald werden, soweit als sie eine Antwort verdienen, in einer demnächst erscheinenden grösseren Arbeit meines Schülers, Dr. Bezi aus Warschau, Berücksichtigung finden. F. Siebenmann.

---

## Berichtigung.

In die Briefkastennotiz der vorigen Nummer hat sich ein bedauerlicher Irrthum eingeschlichen. Es wird dort von Butlin als dem „Vorgänger Semon's in der Leitung der Abtheilnng für Halskrankheiten am St. Bartholomews-Hospital" gesprochen. Wie allgemein bekannt ist und wie in dem Leitartikel über Semon's Abschiedsfeier (August-Nummer d. J.) von uns auch angegeben wurde, war Semon 15 Jahre lang leitender Arzt des Departements für Halskrankheiten am St. Thomas-Hospital. F.

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, November. 1909. No. 11.

## I. Referate.

### a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **O. Chiari** (Wien). **I. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress, abgehalten vom 21. bis 25. April 1908 in Wien. Schlussrede.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 187. 1908.*

Kurze Vorgeschichte des Congresses und Danksagung an alle, die sich um den Congress verdient gemacht haben. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

2) **A. Rosenberg** (Berlin). **I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress. Türck-Czermak-Gedenkfeier. Wien, 21. bis 25. April 1908.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 182. 1908.*

Verf. beschäftigt sich mit der Frage:

„Was hat uns dieser Congress gezeigt und was können wir aus ihm lernen?" „Mit Befriedigung und Genugthuung können wir feststellen, dass die Laryngo-Rhinologen durch ihre Arbeiten von neuem bewiesen haben, dass sie sich jeder specialistischen Einseitigkeit enthalten, immer den Zusammenhang ihres Faches mit der Gesammtmedicin im Auge behalten und die Beziehungen der Erkrankungen der oberen Luftwege zu denen anderer Organe in den Kreis ihres Studiums ziehen."

Auf die Beziehungen zu anderen Specialfächern geht Verf. des Näheren ein.

Der grosse Umfang des Materiales allein, das schon nicht gänzlich aufgearbeitet werden konnte, spricht, abgesehen von anderen Gründen, auf die Verf. weiter eingeht, gegen die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie auf Congressen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

3) **B. Fränkel** (Berlin). **Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkte, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.** (Referat, erstattet dem Laryngo-Rhinologencongress in Wien.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 104. 1908.*

Zum Schlusse des Referates betont Verf., dass der Unterricht und die Prüfung des rhino-laryngologischen Faches in den verschiedenen Ländern wenig ein-

heitlich und fast nirgends der Bedeutung entsprechend ist, welche der Laryngologie zuerkannt werden muss. Deutschland sei in dieser Beziehung noch am besten bestellt.

Was das Streben nach Vereinigung von Laryngologie und Otiatrie anbetrifft, so würde dadurch ein Gebiet geschaffen, welches kaum mehr als eine Specialität betrachtet werden könnte. Für die Laryngologie sei dabei die Gefahr vorhanden, dass sie allmählich zu einem Nebenfach der Otiatrie herabsinkt. Der beste Schutz dagegen sei wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Laryngologie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

4) **O. Chiari** (Wien). **Ist es zweckmässig, die Laryngo-Rhinologie einerseits und die Otologie andererseits an ein- und derselben Klinik zu lehren?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 357. 1908.*

5) **B. Fränkel** (Berlin). **Laryngologie und Otologie. Keine Vereinigung, sondern Trennung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 364. 1908.*

Beide Aufsätze ergänzen einander. Beide Autoren treten mit gewichtigen Gründen für Trennung von Laryngologie und Otologie ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Botey** (Barcelona). **Zwanzig Jahre oto-rhino-laryngologischer Praxis. (Veinte anos de practica oto-rino-laringologica.)** *Archivos de rinologia. No. 138—150. 1909.*

Sehr interessante und reichhaltige Arbeit, die ein Ergebniss der langen practischen Erfahrung des Verf.'s darstellt.

TAPIA.

7) **M. Grossmann** (Wien). **Ueber Dyspnoe und Apnoe.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 7. 1909.*

Die einen zusammenfassenden Ueberblick über drei in der Wiener laryngologischen Gesellschaft gehaltene Vorträge enthaltende Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

8) **Marage. Die Athmung bei den Sängern. (La respiration chez les chanteurs.)** *Académie des Sciences. 26. April 1909.*

Verf. schliesst: Damit die Athmung eine gute sei, ist es nöthig, dass der Brustkorb sich nach allen Richtungen hin ausdehnt. Die vitale Capacität muss zu dem Alter, der Figur etc. im Verhältniss stehen. Der Lehrer sollte für jeden Gesangsschüler eine Tabelle anlegen, auf der ausser dem Gewicht, dem Thoraxumfang etc. die Athmungscurve verzeichnet sein soll.

GONTIER de la ROCHE.

9) **E. Aron** (Berlin). **Die Prognose der Aorten-Aneurysmen.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 773. 1909.*

A. erwähnt einen Fall von Aortenaneurysma, bei dem durch das Röntgenverfahren die Diagnose sehr frühzeitig gestellt und im Verlauf von 12 Jahren dank der consequenten energischen antisyphilitischen Therapie (Jod und Quecksilber) keine Verschlimmerung eingetreten ist.

In jedem unklaren Falle von Recurrenslähmung soll eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbes vorgenommen werden.

OPPIKOFER.

10) **Boinet** (Marseille). **Ueber ein neues Symptom des Aortenbogen-Aneurysmas. (Sur un nouveau signe de l'aneurysme de la crosse de l'aorte.)** *Académie de médecine. October 1907.*

Das Symptom besteht in: Traction des Kehlkopfs nach unten und Unbeweglichkeit desselben. Verf. hält es für pathognomonisch für die Aneurysmen des Aortenbogens.

GONTIER de la ROCHE.

11) **George B. Woods. Die Bedeutung der oberen Respirationswege für die Aetiologie cryptogener Infectionen, besonders für die Pleuritis. (The importance of the upper respiratory tract in the etiology of cryptogenic infections, especially in relation to pleuritis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Bei einer Reihe von Experimenten mit verschiedenen Bakterien wurden niemals in den Tonsillen Immunkörper gefunden. Verf. nimmt als warscheinlichsten Grund dafür an, dass lösliche Substanzen, wie es die Immunkörper sind, sich nicht in grösserer Menge in den Tonsillen ansammeln können, sondern in den Blutkreislauf übergehen. Wir sind infolge des mangelnden Nachweises von Immunkörpern bisher nicht im Stande, über den Grad der vitalen Resistenz des Tonsillargewebes ein Urtheil abzugeben.

Verf. hat bei 37 Fällen von Lungentuberculose bei der Section nur in 3 Fällen in den Tonsillen keinerlei Zeichen von Tuberculose gefunden. Von den übrigen 34 Fällen wiesen 27 absolut typische tuberculöse Veränderungen in den Tonsillen auf, 2 hatten wahrscheinlich Tonsillartuberculose und die übrigen 3 können nicht verwerthet werden, weil die mikroskopische Untersuchung sich nicht über die ganze Tonsille erstreckte.

Die für viele Fälle als sicher nachgewiesene Entstehung von acuten Infectionen (Nephritis, Endocarditis, Pneumonie, Pleuritis, Appendicitis, Rheumatismus etc.) nach Angina zeigt mit Sicherheit, dass die Mikroorganismen von der Tonsille in das Blut übergehen können. Da aber Mikroorganismen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen oder gar nicht durch normale Gefässwände hindurchpassiren können, so geschieht der Uebergang in das Blut auf dem Wege durch die cervicalen Lymphdrüsen und durch den jugularen Lymphstrang. Da die cervicalen Lymphdrüsen eine starke Barrière bilden, so erkranken von den Anginakranken nur wenige an Allgemeininfectionen. Dagegen werden die in den Tonsillen vorhandenen Toxine fast stets vom Blut aufgenommen, daher die oft schweren Allgemeinerscheinungen bei Angina.

Verf. meint nun, dass bei Personen, die an häufigen Attacken von Pleuritis — vielleicht in Zusammenhang mit Lungenaffectionen — gelitten haben, eine Toxinaufnahme von den Tonsillen her, die bei gesunden Personen vielleicht ohne weitere Bedeutung ist, eine directe excitirende Ursache für weitere Pleuritiden abgeben könne. In den selteneren Fällen, wo die Bakterien selbst in das Blut übergehen, können sich jene, wenn die Pleura aus irgend welchem Grunde einen locus minoris resistentiae darstellt, dort ansiedeln und entwickeln. Auch kann bei einer eitrigen Einschmelzung einer Supraclaviculardrüse mit anschliessender Periadenitis die nahe liegende Pleurakuppe per continuitatem inficirt werden.

EMIL MAYER.

12) **Hecht** (München). **Demonstrations-Vortrag.** (Gehalten in der laryngo-otologischen Gesellschaft München am 4. November 1907.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 375. 1908.*

Bericht über einige klinisch interessante Fälle und Demonstration zugehöriger Präparate.

1. Chronische Siebbein-Kieferhöhleneiterung mit Alveolarfistel, Radicaloperation nach Denker, versprengter Zahn in der lateralen, orbitalen Bucht der Kieferhöhle.

2. Aus der Kieferhöhle entstammende Schleimhautcyste der linken Nase.

3. Erschwerte Deglutition ohne nachweisbare Ursache. (Hysteria virilis?).

4. Demonstration mehrerer Röntgenphotographien der Nase und ihrer Nebenhöhlen behufs differential-diagnostischer Besprechung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

13) **Otto Mayer** (Nürnberg). **Zur Bakteriologie und specifischen Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1909.*

In einer auf obiges Gebiet sich beziehenden casuistischen Mittheilung empfiehlt M. die Entnahme des Nasenrachensecretes in der Weise, dass er ein 16 cm langes Glasröhrchen von 3 mm Durchmesser, in dessen Inneren sich ein mit Watte armirter Eisendraht befindet, durch den unteren Nasengang bis in den Nasenrachenraum einführt. Sodann wird der Watteträger in dem Röhrchen in die hintere Wand des Nasenrachenraumes vorgeschoben, etwas Secret daselbst abgewischt, der Watteträger wieder in das Röhrchen hineingezogen und mit demselben entfernt. Röhrchen, Watteträger etc. werden vor dem Gebrauch sterilisirt. Diese Methode sichert die Herkunft des Secretes, ist für den Patienten weniger unangenehm, wie bei der Entnahme vom Munde aus und vermeidet eine durch die bei der anderen Methode meist ausgelösten Hustenstösse bestehende Infectionsgefahr für den Arzt.

HECHT.

14) **Oskar Orth** (Ensheim). **Beitrag zur Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Mit 2 Fiebercurven. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1908.*

Orth bespricht die verschiedenen Methoden zur Behandlung der Genickstarre und bezeichnet die Serumtherapie im Verein mit der Lumbalpunction als zur Zeit aussichtsreichste Behandlung. Es handle sich jetzt „nicht mehr darum, ob Serum überhaupt zu geben sei, sondern welches Serum, wann und auf welchem Wege dasselbe zu verabfolgen sei". Die „systematische intradurale Serumtherapie" verspricht wohl, zumal bei möglichst frühzeitiger Application, die besten Erfolge. Autor berichtet über zwei einschlägige Fälle, die mit Aronson'schem Serum geheilt wurden. Das Serum wurde anfangs nach ausgeführter Lumbalpunction subcutan einverleibt, später mit besserer und prompterer Wirkung intradural.

HECHT.

15) **H. Holbrook Curtis. Anwendung von Culturen von Milchsäurebacillen in der Rhino-Laryngo-Otologie. (Lactic acid bacilli cultures in nose, throat and ear work.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1908.*

Verf. will die Milchsäurebacillen z. B. benutzen, um die Eitererreger bei

Nebenhöhlenerkrankungen zu zerstören. Zu diesem Zweck sprayt er 1 ccm der Bouilloncultur in den mittleren Nasengang oder spritzt sie durch einen Metallkatheter in die Kiefer-, Stirn- oder Keilbeinhöhle. Verf. hat eine bisher geringe Zahl von Fällen mit anscheinend günstigem Erfolg und ohne dass Nebenerscheinungen auftraten, behandelt. Er bezeichnet selbst seine Mittheilung als eine vielleicht etwas verfrüht erscheinende.

LEFFERTS.

16) **St. v. Stein. Ueber den therapeutischen Werth der Kohlensäuredouchen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden.** *Arbeiten aus der Universitätsklinik für Ohren-, Hals- und Nasenleiden in Moskau. 3. 1908.*

St. applicirt das $CO_2$-Gas gewöhnlich unter einem Druck von $^1/_2$ Atmosphäre, das er aus einem flüssige Kohlensäure enthaltenden und mit einem Reductionsventil versehenen Stahlcylinder durch einen dickwandigen Gummischlauch entweichen lässt. Bei angehaltenem Athem wird bis zur nächsten Exspiration das Gas in die Nase geleitet und so fort etwa 1 Minute lang, bis vollständige Anästhesie eingetreten ist. Dann kann es bis zu $^1/_4$ Minute ununterbrochen einströmen. Das cavernöse Gewebe contrahirt sich und bleibt bei acuter und subacuter Rhinitis die Nase oft 24 Stunden frei; zuweilen wurde der Schnupfen coupirt. Die $CO_2$-Douche entfernt mechanisch den Schleim und stellt den Geruch rasch wieder her. Ihre Wirkung ist noch günstiger nach vorheriger Anästhesirung der Schleimhaut durch Cocain-Adrenalin. Wahrscheinlich dringt das Gas auch in die Nebenhöhlen ein.

Bei katarrhalischer Pharyngitis und Laryngitis schwindet nach Leitung des Gases auf die hintere Rachenwand bald das Gefühl des Prickelns, Brennens und der Husten. Ausserdem verwandte St. unter Druck von 3—4 Atmosphären befindliche Kohlensäure zur „Hochdruckluftmassage".

A. ROSENBERG.

17) **Agostino Borini. Ein neuer Inhalationsapparat. (Di un nuovo apparecchio inalatore.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. Mai 1909.*

Kleines, mit der zu inhalirenden Substanz beschicktes Fläschchen, das zwei in die Nasenlöcher einzuführende Glasfortsätze hat.

FINDER.

18) **Alessandro Peri** (Sestri Ponente). **Ueber ein neues Inhalationsverfahren. Trocken-Inhalator Koerting. (Di un nuovo metodo di terapia inalatoria. Inalatore a secco Koerting.)** *Arch. Ital di Otologia etc. 1. Juli 1909.*

Verf. theilt die Erfahrungen mit, die er in Sestri Ponente mit dem nach dem Modell des in Kösen in Betrieb befindlichen Koerting'schen Trockeninhalators von der Società anonima Italiana Koerting construirten Apparat gemacht hat. Auf Grund seiner Erfahrungen, die er bei acuten und chronischen Katarrhen der Nase, des Pharynx und der Trachea, bei chronischer Bronchitis, bei den verschiedenartigsten lymphatischen Affectionen der Kinder, aber auch bei Arteriosklerotikern und bei Magen-Darmaffectionen (?) gemacht hat, kommt Verf. zu der Ueberzeugung, dass das Koerting'sche System das vollendetste und wirksamste ist, das es giebt.

FINDER.

19) **Botey** (Barcelona). **Ein Besuch im balneotherapeutischen Institut von Mont Dore. (Una visita al establecimiento balneo-terapico de Mont-Dore.)** *Archivos de rinologia. No. 156.*

Verf. schildert die in diesem Institut für die Behandlung von Hals- und Nasenkrankheiten vorhandenen Einrichtungen.

TAPIA.

20) **John Leshure. Die physiologische Wirkung starker Cocain-Adrenalinlösung. (The physiological action of strong Cocaine-Adrenalin solutions.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Um einen möglichst hohen Grad von Ischämie und Anästhesie zu erzielen, bei einem Minimum von allgemeiner Resorption der Präparate, ist es nöthig, Lösungen von hoher Dichtigkeit anzuwenden, die nicht leicht in die grossen Gefäss- und Lymphgefässe hineingehen.

Man muss den verdünnenden Einfluss des abgesonderten Secrets berücksichtigen und die mit Cocain-Adrenalinlösung beschickten Wattetampons öfters erneuern.

LEFFERTS.

21) **M. Lermoyez** und **Ch. Aubertin. Die toxischen Wirkungen des Adrenalins bei Anwendung auf der Nasenschleimhaut.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 9.*

Versuche, die die Autoren an Kaninchen angestellt haben, ergeben, dass bei monatelanger Einführung von Adrenalin in die Nasenhöhle die Thiere an Lungenödem zu Grunde gehen. Bei der Section der Thiere fand sich regelmässig Hypertrophie des Herzmuskels. Es ist daher eine grosse Vorsicht bei Anwendung in der Rhinologie angezeigt. Vorsichtige Pinselungen der Nasenschleimhaut mit der Lösung von $^1/_{5000}$ Adrenalin sind gestattet. Grössere Concentrationen sind selten (Gumma, Rhinolithen) nöthig. Zur Subcutaninjection soll die Dosis von 1 mg nicht überschritten werden, eher sollen nur Dosen von 10—12 Tropfen der bekannten Lösung ($^1/_{100}$) verwendet werden. Angezeigt ist, zum Verstäuben von Adrenalin und Cocain sich an folgende Formel zu halten:

Coc. mur. 0,25
Adrenal. sol. 1 $^0/_{00}$ 5,00
Aq. dest. 20,00.

Nach Cauterisationen und sonstigen Eingriffen in der Nase leistet diese Lösung, in die Nase wiederholt am Tage verstäubt, sehr gute Dienste, indem sie reactionelle Schwellung bekämpft. Hingegen sind die Patienten sehr davor zu warnen, vom Adrenalin einen über Wochen sich hinziehenden Gebrauch zu machen, wie z. B. Patienten mit serösem Schnupfen, nasalem Asthma etc. so leicht versucht sind, es zu thun. Die obengenannten Thierexperimente zeigen, dass die Gefahr einer dauernden Schädigung des Herzens mit Gefahr des acuten Lungenödems besteht.

LAUTMANN.

22) **L. Löwenstein** (Elberfeld). **Eine neue Speicheltasche bei Mund-, Hals- und Nasenoperationen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Die ähnlich den bisherigen Gummibeuteln aus wasserdichtem Papier angefertigte Tasche hat sich dem Autor gut bewährt. Jeder Patient erhält eine frische

Tasche, die sofort nach dem Gebrauch mit dem Inhalt vernichtet wird. Die von der Firma Hermann Möller Fritz Sohn, Elberfeld, Herzogstrasse gelieferte Tasche kostet 12 Pf. das Stück.

HECHT.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **A. Peyser** (Berlin). **Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 127. 1908.*

Im Grossen und Ganzen sind die Befunde, die in dieser Arbeit wiedergegeben sind, übereinstimmend mit den Befunden Killian's und Albrecht's. „Man wird in dem Röntgenverfahren nicht ein diagnostisches Mittel sehen dürfen, das den Arzt in bequemer Weise der Untersuchung mit den bisherigen mühevollen Methoden überhebt, sondern in ihm neben der Inspection, Sondirung, Durchleuchtung, Abdämmung etc. ein werthvolles Bestätigungsmittel begrüssen, das vielfach im Stande ist, die Probepunktion, Probeausspülung, Fracturirung oder Resection des vorderen Theils der mittleren Muschel entweder überflüssig zu machen oder zu rechtfertigen. In Ausnahmefällen, z. B. Verlegung der Nasenseite durch Septumdeviationen, die eine Beobachtung der Nebenhöhlenmündungen nicht gestatten, ist das Verfahren besonders werthvoll.“

Verf. stellt den Grundsatz auf, dass jedes acute oder chronische Empyema antri Highmori von der Röntgenplatte mühelos abzulesen ist, am bequemsten bei einseitiger Affection, die eine Vergleichung gestattet; bei dickem Knochen übertrifft sogar das Röntgenverfahren die Diaphanoskopie, ebenso im Nachweis kleiner Herde in Kieferhöhlen oder Zähnen.

Auch bei Veränderungen im Siebbeinlabyrinth, besonders im vorderen, geringen wie erheblichen, erkannte Verf. Verschleierung. Verf. betont, dass zwar ein deutlich verschleiertes Siebbeinbild den Schluss auf Erkrankung zulässt, nicht aber ein klar gefundenes Siebbeinbild das Fehlen eines kleinsten Herdes beweist.

Verf. bestätigt auch die leichte Erkennung des Stirnhöhlenempyems auf der Röntgenplatte, beweist aber durch genaue Wiedergabe eines Falles, dass es in complicirten Fällen, wo zu erheblichen Veränderungen sich noch Verdickungen des Knochens gesellen, kaum zu ermöglichen sein dürfte, eine annähernd genaue Bestimmung der Grössenverhältnisse der Stirnhöhlen zu geben.

Was die Wiedergabe der Keilbeinhöhle auf der Röntgenplatte betrifft, so schliesst sich Verf. nicht der Meinung Burger's und Kuttner's an, dass es überhaupt nur vereinzelt gelänge, die normalen Conturen einer Keilbeinhöhle zu Gesicht zu bekommen.

Verf. bekommt bei den Aufnahmen des Warzenfortsatzes nach Voss im schrägen Durchmesser fast immer, wenn auch verzeichnet, die Keilbeinhöhle zu Gesicht. Man erhält ganz gute Resultate, wenn man die Platte der Sagittalebene möglichst parallel bringt. Die schräge Aufnahme im sagittalen Durchmesser hat nach Verf. den Vorzug, dass man, während die Seiten sich sonst völlig decken, ein, wenn auch mit Vorsicht zu gebrauchendes Urtheil über eine Seite ganz, über die andere durch die Randparthie gewinnt.

Zahlreiche Abbildungen und Krankengeschichten dienen zur Erläuterung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

24) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Chirurgie der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. S. 378. 1908.*

Im Gegensatz zur endonasalen oder, wie sie nicht eben schön genannt wird, zur „Nasenlöcherkleinchirurgie", zieht der Autor die „grosschirurgische Eröffnung der Nase" vor, nicht nur bei bösartigen Tumoren, wo ja die radicalste Methode angezeigt ist, sondern auch bei gutartigen Processen; er meint damit einer nöthigen Gründlichkeit und Uebersichtlichkeit beim Operiren genügen zu müssen und stellt damit im Verhältniss zu den Erkrankungen sehr weitgehende Indicationen.

Die Methoden an sich sind technisch gut durchgebildet und übersichtlich.

Zuerst wird zur Freilegung der tieferen Theile der Nase das Herunterklappen des harten Gaumens beschrieben.

Zur Freilegung des Nasendaches entfernt der Autor 1. die faciale, 2. die nasale Kieferhöhlenwand, 3. die untere Muschel, 4. das Zwischenstück zwischen facialer Kieferhöhlenwand und Apertura piriformis, 5. den aufsteigenden Oberkieferfortsatz, nachdem die Gesichtsweichtheile stark nach oben gezogen („decorticirt") sind.

Der Verf. betrachtet es als Aufgabe des Nasenarztes, den Theil der Gehirnbasis, der über der Nase gelegen ist, operativ zu erschliessen. Dem kann man nur beipflichten.

Er giebt einen Weg an, um Tumoren der Hypophyse zu erreichen.

Nach Freilegung des Nasendaches, wie oben beschrieben, wird ein horizontaler Schnitt durch die Gesichtshaut der Stirngegend von der einen Augenbraue zur anderen gemacht, darauf ein 6 cm langer, senkrecht aufstehender Schnitt gesetzt, der nach Abmeisselung der beiderseitigen vorderen Stirnhöhlentafeln nach unten über den Nasenrücken bis zum Ansatz des Knorpeltheils verlängert und von da seitlich längs der Knorpelknochengrenze verlängert wird. Nach einem Sägeschnitt dicht neben der Mittellinie durch das Nasenbein kann jederseits der Knochenweichtheillappen, der der Seitenwand der Nase entspricht, nach aussen umgeklappt werden: „Thürflügeleröffnung der Nasenhöhle". Dann wird das Nasenseptum an der oberen und hinteren Kante abgeschnitten, seitlich umgelegt und resecirt. Jetzt liegt die vordere Wand der Keilbeinhöhle zu Tage, deren vordere und obere Wand nur entfernt zu werden braucht, um an die Hypophyse zu gelangen.

Verf. schlägt diesen Weg nur für Neubildungen vor, die nach der Keilbeinhöhle zu gewachsen sind.

ALBANUS (ZARNIKO).

25) **Kuttner** (Berlin). **Ueber Indicationen zur Radicaloperation bei entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 11 1908.*

Der Autor wendet sich gegen eine kritiklose Anwendung der Radicaloperationen der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase: Wo ernste Complicationen nicht vorliegen, genügt erst einmal die endonasale Behandlung, die die Gefahr eines Uebergreifens der Erkrankung auf benachbarte Organe ausschaltet, das Leben des Patienten nicht gefährdet und erfahrungsgemäss bei leichteren Fällen zufriedenstellende Resultate verbürgt.

In der Diskussion über die Vorträge von Löwe und Kuttner (Berliner

klin. Wochenschr., 1909, S. 422 ff.) spricht sich Lublinski (Berlin) im Sinne Kuttner's aus.

Finder (Berlin) theilt mit, dass sich jetzt ein Patient in seiner Behandlung befinde wegen ziemlich grosser Beschwerden (leichte Sattelnase, rechtsseitiges Thränenträufeln, hochgradige Rhinitis atrophicans, Luxation des Septums nach einer Seite, Nasenpolypen), den Löwe vor einem Jahr nach seiner radicalen Methode zur Freilegung des Nasendaches operirt hat (wie Löwe ohne nähere histologische Details angiebt, wegen eines „vom Nasendach seiner ganzen Ausdehnung nach entspringenden, derben, mächtigen Tumors, an dessen unterem Ende Polypen sassen").

Fedor Krause (Berlin) hält den von Löwe vorgeschlagenen Weg, zur Hypophyse zu gelangen, für einen der technisch schwierigsten und gefährlichsten Eingriffe wegen der Engigkeit des Terrains und der Gefahr der Nähe des Sinus cavernosus und der Art. carotis interna cerebralis.

Borchardt (Berlin) erkennt die gute anatomische Durchbildung des Löwe-schen Vorschlages an, steht aber im Allgemeinen der Inangriffnahme der Hypophysentumoren skeptisch gegenüber. ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Nager** (Zürich). **Ueber die Mitbetheiligung der Nasennebenhöhlen im Verlauf des Scharlachfiebers.** *Medic. Klinik. 25. 1909.*

Es wird dem Practiker erwünscht sein, auf die Mitbetheiligung der Nasennebenhöhlen im Verlaufe des Scharlachs durch das Uebersichtsreferat von Nager aufmerksam gemacht zu werden und zu vernehmen, in welcher Weise in der Basler Klinik diese wichtige Scharlachcomplication behandelt wird. SEIFERT.

27) **A. Vagnon. Ueber Pansinusitis. (Les pansinusites périorbitaires.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Vorerst finden sich Angaben über die Entwickelung und die Anatomie der Nebenhöhlen. Dann bespricht Verf. die Symptome der Nebenhöhleneiterungen und die durch sie bedingten Complicationen. OPPIKOFER.

28) **S. W. Voorhes. Rechtsseitige Pansinusitis; Lähmung des rechten Stimmbandes. (Pansinusitis dextra with paralysis of the right vocal cord.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Es handelt sich um eine Eiterung aller rechtsseitigen Nebenhöhlen, die durch Curettage und Spülung geheilt wurde. Die rechtsseitige Stimmbandlähmung ist nur eine zufällige Begleiterscheinung; ihre Ursache ist nicht aufgeklärt; jedenfalls hat sie nichts mit der Eiterung zu thun. LEFFERTS.

29) **George S. Dixon. Die anatomischen Beziehungen der Orbita zu den Nasennebenhöhlen. (The anatomical relations of the orbit to the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Eine Darstellung, wie man sie in jedem anatomischen Lehrbuch finden kann.

LEFFERTS.



30) **Onodi** (Budapest). **Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19 und 20. 1908.*

Referat auf dem 1. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien (22. 4. 08). Eine vortreffliche Zusammenfassung der über den Gegenstand gesammelten Erfahrungen, deren Lectüre den Rhinologen und Ophthalmologen gleich nützlich und willkommen sein wird. ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Alfred Wiener. Bericht über drei interessante Fälle von Sinusitis mit schweren Augencomplicationen. (Report upon three interesting cases of sinusitis associated with serious eye complications.)** *American Journal of Surgery. October 1908.*

Im ersten Fall entstand eine acute retrobulbäre Neuritis in der canaliculären Portion des N. opticus infolge Empyems der hinteren Siebbeinzellen. Verf. glaubt, dass in diesem Fall der Nerv bereits syphilitisch erkrankt war.

Die anderen beiden Fälle sind aus einer Serie von 9 Fällen ausgesucht.

In dem einen Fall waren die Kopfschmerzen so heftig und von Erbrechen begleitet, dass Verf. glaubte, es handle sich um eine intracranielle Neubildung. Der plötzliche Beginn, das Fehlen von Herdsymptomen, das Nachlassen der Schmerzen und des Oedems an der Papilla optica nach 48stündiger Bettruhe brachten ihn von jener Meinung zurück. Es handelte sich um eine Ethmoiditis posterior. EMIL MAYER.

32) **C. G. Coakley. Die Erkrankungen des Auges und der Orbita, die von Erkrankungen der Nebenhöhlen abhängen. (The diseases of the eye and orbit depending on diseases of the accessory nasal sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Orbitalcomplicationen entstehen bei Empyem der Highmorshöhle nur dann, wenn die Gegend des Ostiums durch Septumdeviationen, Polypen oder dergl. so verlegt ist, dass der Eiter, der unter einem gewissen Druck steht, nicht durch jene dünnste Parthie der medialen Kieferhöhlenwand seinen Abfluss finden kann. Dasselbe ist bei Stirnhöhlenempyem der Fall, wenn der Ductus nasofrontalis undurchgängig ist. Verf. unterscheidet bei der Perforation des Stirnhöhlenbodens eine acute innerhalb weniger Stunden auftretende Cellulitis der Orbita mit plötzlichem Oedem, Schwellung der Lider und Verdrängung des Bulbus und einen langsamer verlaufenden Typus der Entzündung. Verf. betrachtet dann die Orbitalcomplicationen bei Siebbeinempyem, wobei er sagt, dass in den schwereren Fällen es sich meist um eine Combination mehrerer dabei betheiligter Nebenhöhlen handelt. Ferner wird die Thrombose der Orbitalvenen besprochen und zum Schluss die Augenaffectionen bei Keilbeinerkrankungen. LEFFERTS.

33) **Arnold Knapp. Augencomplicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen. (Ocular complications of nasal sinus disease.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Nach einem historischen Abriss über unsere Kenntnisse von den bei Nebenhöhlenaffectionen vorkommenden Augencomplicationen, von denen die früheste

und bestgekannte die Verdrängung des Orbitalinhaltes durch die sogenannte Mucocele war, spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass die Bedeutung der Highmorshöhle für den Ursprung der Orbitalaffectionen übertrieben wird. Er lenkt dann die Aufmerksamkeit auf Onodi's Untersuchungen über die Beziehungen des N. opticus zu den hinteren Siebbeinzellen, durch die mancher bisher dunkle Fall von retrobulbärer Neuritis aufgeklärt werde. Es werden dann die functionellen bei Empyem vorkommenden Störungen (Muskelschwäche, Accommodationsschwäche, Gesichtsfeldeinengungen etc.) besprochen. Einen sicheren Fall von Glaukom verursacht durch Empyem hat Verf. bisher nicht beobachtet; die bisher beschriebenen Fälle von Ablösung der Retina sind nicht überzeugend. LEFFERTS.

34) **E. Monjou. Die durch Stirnhöhlen-Siebbeinzelleneiterungen bedingten Complicationen seitens der Augenhöhle und des Sehorgans. (Le traitement des complications orbito-oculaires des sinusites fronto-ethmoïdales.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf. empfiehlt die Killian'sche Stirnhöhlenoperation. Die Complicationen selbst werden nur kurz besprochen. OPPIKOFER.

35) **J. Weleminsky** (Wien). **Ueber Epiphora idiopathica nasalen Ursprungs.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 21. 1909.*

Bei den einschlägigen Untersuchungen an der Augenklinik konnte W. constatiren, dass regelmässig und am reichlichsten Thränensecretion bei Berührung des vorderen Endes der mittleren Muschel auftritt und haben sich Skarificationen dieser Schleimhautpartie therapeutisch als zweckmässig erwiesen. HANSZEL.

36) **E. Pólyak** (Budapest). **Exstirpation eines Lidkrebses, welcher in die Siebbeinzellen, Kieferhöhle und Nasenhöhle durchbrach; secundärer Verschluss der Orbita mit Plastik nach Kraske.** *Orvosi Hetilap. Beilage Szemészet. No. 2—3. 1908.*

Die Operation wurde folgendermaassen ausgeführt: Entfernung des Orbitainhalts, temporäres Aufklappen des Nasenflügels, partielle Resection des Oberkiefers, Entfernung des Nasenbeins, des Nasenfortsatzes des Stirnbeins und des linken Siebbeinlabyrinthes. Wundverlauf fieberfrei. Befund 4 Wochen nach der Operation: Orbita, Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen bilden eine gemeinsame grosse Höhle. Der grosse Defect wird ein paar Wochen später mit einem aus der Wange gebildeten Hautlappen bedeckt. Glatte Heilung. Orbita und Nasenhöhle sind jetzt vollständig verschlossen. v. NAVRATIL-POLYAK.

37) **v. d. Hoeve** (Utrecht). **Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase.** *Archiv f. Augenheilkunde. Bd. 64. 1909.*

In dem ersten, sehr ausführlich mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 24jährigen Mann, bei welchem Entzündung der hinteren Nasennebenhöhlen beider Seiten zu einer Entzündung der axialen Bündel des Sehnerven geführt hatte, so dass schon, als Patient in Behandlung kam, deutliche Atrophie an den Papillen anwesend war. Die Operation an der linken Nasenseite hatte keinen Erfolg, sofort

nach Eröffnung und Behandlung der rechten Nebenhöhlen aber wurde der Zustand bedeutend besser. In einem zweiten Falle von rechtsseitiger Nebenhöhlenerkrankung und retrobulbärer Neuritis wurde leider jeder operative Eingriff verweigert. Bei einem dritten Falle handelte es sich um eine Opticuserkrankung bei Ethmoiditis posterior mit als einzigem Augensymptom Veränderung des blinden Fleckes, welche durch Nasenbehandlung ganz geheilt wurde.

SEIFERT.

38) **Th. Reinewald** (Giessen). **Ein Fall von rhinogener Meningo-Encephalitis serosa.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und epikritische und differentialdiagnostische Erörterungen.

26jähriger Patient mit acuter Stirnhöhleneiterung wird ein Jahr zuvor auf der Bier'schen Klinik in Bonn nach Anlegung einer erbsengrossen Oeffnung in der Tabula externa der Stirnhöhle mit Stauungshyperämie behandelt. Besserung mit persistirender, cutaner Fistel. Später Entfernung mehrerer Sequester durch die Fistel. Ein Jahr nach der ersten Operation Auftreten von Coma mit tonischen und clonischen Krämpfen in rascher Folge. Lumbalpunction: klarer Liquor. Radicaloperation: Erweichungsherd und Defect der Tabula interna der Stirnhöhle. Dura tiefroth verfärbt und gespannt, auf derselben und mit ihr verklebt ein Sequesterstückchen, bei dessen Entfernung die Dura an zwei kleinen Stellen einreisst, aus denen sofort klare, seröse Flüssigkeit abfliesst. Langsame Besserung unter 8tägiger Fortdauer der Krampfzustände, Auftreten von Sinnestäuschungen, besonders Gesichtshallucinationen und grosse Unruhe. Allmählich Abklingen aller Erscheinungen und vollkommene Heilung. Temperatur dauernd normal.

HECHT.

39) **H. Jouveau-Dubreuil. Die durch Nebenhöhlenentzündungen bedingten Ohrcomplicationen. (Les complications auriculaires des sinusites.)** *Dissertation. Bordeaux. 1909.*

Im Verlauf der letzten 8 Jahre wurden auf der Klinik von Moure 300 Nebenhöhlenentzündungen, theils acute, theils chronische Fälle, beobachtet. Unter diesen führten 30, also 10 pCt. der Fälle, zu Mittelohrentzündungen.

Verf. giebt auch Krankengeschichten von Otitiden wieder, die sich an Nasendouchen, an hintere Nasentamponade und an Kieferhöhlenoperationen anschlossen.

OPPIKOFER.

40) **J. W. Moore. Ein Wort zu Gunsten des Conservatismus in der Behandlung des chronischen Highmorshöhlenempyems. (A plea for conservatism in the treatment of chronic empyema of the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass man wenigstens einige Wochen lang versuchen soll, durch Punction und Ausspülung zum Ziele zu kommen; in einer grossen Anzahl von Fällen bewirke die Reinigung der Schleimhaut schon Heilung.

EMIL MAYER.



41) **R. Bishop Canfield. Ueber die Radicalbehandlung der chronischen Antrumerkrankung nebst Empfehlung eines neuen in submucöser Resection der lateralen Nasenwand bestehenden Verfahrens. (Concerning the radical treatment of chronic diseases of the antrum with suggestions for a new method in operating by the submucous resection of the lateral nasal wall.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Nachdem — am besten in einer 2 Wochen vorhergehenden Sitzung — das vordere Ende der unteren Muschel amputirt ist, wird unter Cocain-Adrenalininfiltrationsanästhesie am Uebergang von Haut und Schleimhaut ein Schnitt, der ungefähr in der Mitte der lateralen Wand der Apertura piriformis beginnt und nach unten bis zum Nasenboden geht, geführt; dieser, der bis auf das Periost geht, entspricht genau der lateralen Wand der Apertura piriformis. Dann Abheblung von Schleimhaut und Periost im Bereich des unteren Nasenganges nach unten bis zum Nasenboden, nach hinten bis zur Stelle, wo die untere Muschel amputirt ist. Abheblung des Periost der vorderen Antrumwand in gewünschter Ausdehnung. Entfernung der unteren Hälfte der lateralen Wand der Apertura piriformis und der Wand des unteren Nasengangs, soweit die Schleimhaut abgehoben ist. Entfernung der vorderen Antrumwand soweit, bis die Höhle zu übersehen ist. Wenn nöthig, Curettage der Höhle, eventuell auch des Siebbeins und des Keilbeins. Bildung eines Lappens von der Schleimhaut des unteren Nasengangs, der auf den Kieferhöhlenboden antamponirt wird.

EMIL MAYER.

42) **Dahmer** (Posen). **Die breite Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Nase aus mit Schleimhautplastik und persistirender Oeffnung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 325. 1908.*

Der Gang der Operation, in der Reihenfolge der einzelnen Acte zusammengefasst, ist folgender:

1. Auftupfen von 10proc. Cocain auf die vordere untere Muschel.

2. Submucöse Injection von 1—3 Spritzen 1proc. Suprarenin-Cocain. Wartezeit 10—25 Minuten.

3. Senkrechter, kräftiger Schnitt bis auf den Knochen, von der Insertion der vorderen unteren Muschel bis auf die Mitte des Nasenbodens.

4. Einschneiden der vorderen unteren Muschel mit der Scheere im Bereich des ersten Drittels hart an der lateralen Nasenwand und Abtragen des flottirenden Stückes.

5. Abpräpariren der Schleimhaut des unteren Nasengangs bis auf die Mitte des Nasenbodens. Anlegen dieses Lappens event. mit einem kleinen Gazebausch an das Septum.

6. Aufsetzen des Stacke'schen Meissels im ersten senkrechten Schnitt und Durchschlagen der medialen Höhlenwand, Herausheben der Knochenlamellen und Abkneifen derselben und der von der Schleimhaut freipräparirten Höhlenwand in Grösse eines Markstückes.

7. Ausschaben der ganzen Höhle mit der gefensterten stumpfen Cürette, des medialen inneren Theiles des Antrumbodens mit dem scharfen Löffel, Ausspülen der Höhle und Austupfen.

8. Hereinklappen des Schleimhautlappens auf den nackten Höhlenboden.
9. Fixation mit 2—3 fingerlangen Gaze-Wattetampons.

Als Vorzüge der Methode werden angeführt:

1. Keine Narkose.
2. Keine Schmerzen und Oedem der Wange.
3. Möglichkeit der ambulatorischen Ausführung.
4. Möglichkeit für den Kranken, sich selbst ohne Schmerzen zu behandeln.
5. Persistirende Oeffnung, die es dem Kranken möglich macht, bei Acquisition eines Schnupfens oder Influenza und erneuter Secretion die Höhle sich selbst auszuspülen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

43) Araya. **Die Behandlung der Kieferhöhleneiterungen. (Traitement des sinusites maxillaires.)** *Dissert. Paris 1908.*

Aus der Reihe der radicalen Operationsmethoden empfiehlt A. das Luc-Caldwell'sche und das Denker'sche Verfahren.

Nicht zutreffend ist die Angabe, dass die Punction vom mittleren Nasengange aus vom keinem Specialisten mehr geübt werde.

Wenn A. an zwei Stellen mittheilt, dass bei Individuen mit behinderter Nasenathmung (Muschelhypertrophie, Septumdeviation, adenoïde Vegetationen) die Nebenhöhlen besonders schlecht entwickelt seien, so kann Referent, gestützt auf 400 Nasensectionen, diese Angabe nicht bestätigen.

OPPIKOFER.

44) A. Massé. **Kieferhöhleneiterung. (Empyème et sinusite maxillaire.)** *Dissert. Montpellier 1908.*

M. unterscheidet zwischen Empyem und Sinusitis und fasst das Empyem auf im Sinne des Pyosinus. Er macht auf die bekannte Thatsache aufmerksam, dass die Prognose der dentalen Kieferhöhleneiterungen günstig zu stellen ist und deshalb die Zahncaries als ätiologisches Moment nicht vernachlässigt werden darf.

OPPIKOFER.

45) L. Oudot. **Ueber die Behandlung der Kieferhöhleneiterung durch Ausspritzungen vom unteren Nasengange aus. (Traitement de la sinusite maxillaire par les lavages diaméatiques.)** *Dissert. Paris 1908.*

O. empfiehlt in allen Fällen die eiternde Kieferhöhle ausschliesslich vom unteren Nasengange aus auszuspritzen und bezeichnet, ohne sich auf eigene Erfahrung zu stützen, die Ausspritzungen vom mittleren Nasengange aus als gefährlich.

Bei 34 Kieferhöhleneiterungen, unter denen sich auch einige acute Fälle finden, wurde 27 mal durch die Ausspritzungen Heilung erzielt.

OPPIKOFER.

46) A. Juin. **Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterungen. (Contributions à l'étude du traitement des sinusites maxillaires chroniques.)** *Dissert. Paris 1908.*

J. empfiehlt unter den radicalen Operationsmethoden das Küster-Desault'sche Verfahren mit Auskratzen der Schleimhaut. 22 Krankengeschichten.

Unrecht hat Verf., wenn er die Sondirung und die Ausspülung vom mittleren Nasengange aus für besonders gefährlich und deshalb für durchaus verwerflich hält.

OPPIKOFER.

47) A. von zur Mühlen (Riga). **Ein Fall von Steinbildung in der Kiefer- und Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 371. 1908.*

Der Stein hat bei einer Grösse von 3,9 : 3,5 cm ein Gewicht von 25,5 g. Er wurde nach zweimaliger Operation entfernt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) Rueda (Madrid). **Neue (?) Drainage für die Behandlung des Oberkieferempyems. (Nuevo [?] desague para el tratamiento de la sinusitis maxillar.)** *Archivo de oto-rino laringologia. No. 4.*

Verf. analysirt erst die Arbeit von Ledoux (Annales des maladies de l'oreille etc. Januar 1908) und zeigt sodann, dass das von jenem beschriebene Verfahren bereits von ihm im Jahre 1890 in den Botey'schen klinischen Studien beschrieben wurde.

TAPIA.

49) Louis Ostrom. **Die umgekehrte Antrumknochenzange in der Chirurgie des Antrums. (The reverse antrum bone forceps in antrum surgery.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Verf. trägt fast stets zuerst das vordere Ende der mittleren Muschel ab. Dann wird das Ostium maxillare mit einer Sonde untersucht und wenn es zu eng befunden wird für eine genügende Drainage, so wird, wie es bereits von Anderen beschrieben wurde, das Infundibulum mit dem Probetroicart von Myles oder einem anderen geeigneten Instrument, das in das Ostium eingestossen wird, erweitert. Da diese Oeffnung aber die Tendenz hat, bald zu heilen, so schneidet Verf., indem er das bewegliche Blatt seiner Scheere in das Ostium einführt, und nach vorn und unten zu schneidet, den Processus uncinatus fort, was in sehr kurzer Zeit geschieht.

Auch in den die Majorität darstellenden Fällen, in denen Verf. die Eröffnung vom unteren Nasengang aus macht, benutzt er, um die Oeffnung nach vorn zu zu erweitern, seine Zange, die er auch für das Siebbein, Abtragung von Muschelhypertrophien etc. empfiehlt.

EMIL MAYER.

50) A. Onodi (Budapest). **Ueber den Werth der elektrischen und radiographischen Durchleuchtung der Stirnhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Die elektrische Durchleuchtung besitzt nur einen illusorischen Werth, denn die Erfolge hängen von der Dicke und der Construction der Knochen ab. Die Röntgendurchleuchtung besitzt schon einen höheren, jedoch auch keinen absoluten Werth, da in einzelnen Fällen die Befunde zu falschen Schlüssen führen können. Ein absoluter Werth kann der Röntgendurchleuchtung in der Beziehung zugesprochen werden, dass sie es möglich macht, festzustellen, ob Stirnhöhlen überhaupt vorhanden sind.

v. NAVRATIL-POLYAK.

51) **Warnecke** (Hannover). **Ueber Stirnhöhlendurchleuchtung vom Orbitaldach.** (Vorläufige Mittheilung.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 180 1908.*

Das Wesen der Durchleuchtung vom Boden der Stirnhöhle her besteht im Anlegen eines kleinen Lämpchens des Valentin'schen Salpingoskops von 6 bis 9 Volt Spannung an bezw. in die Wölbung des Orbitaldachs.

Der Durchleuchtungseffect soll in der Regel gut sein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **M. Martin. Behandlung doppelseitiger Stirnhöhleneiterung nach Trepanation in der Medianlinie und Y-Drainage. (Traitement des sinusites frontalis bilatérales par la trépanation médio-frontale et le drainage en Y.)** *Dissert. Paris 1908.*

Der Autor ist mit dem kosmetischen Resultat der Killian'schen Stirnhöhlenoperation nicht zufrieden und empfiehlt bei doppelseitiger chronischer Stirnhöhleneiterung nach dem Operationsplan seines Lehrers G. Laurens vorzugehen: Nach Entfernen der mittleren Muschel schlägt L. eine einzige median gelegene Oeffnung, ohne die ganze vordere Wand der Stirnhöhlen zu entfernen, curettirt die Schleimhaut, entfernt das Septum zwischen den Stirnhöhlen und vereinigt dann, um günstige Abflussverhältnisse zu erzielen, die Ausführungsgänge der beiden Stirnhöhlen durch Resection eines entsprechenden Stückes aus der Lamina perpend. des Siebbeins. Mehrere Abbildungen veranschaulichen den Gang der Operation. Die günstigen Erfahrungen stützen sich nur auf 2 Fälle.

OPPIKOFER.

53) **J. C. Beck. Stirnhöhlenoperation. (Frontal sinus operation.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Verf. bestimmt erst die Grenzen der Höhle durch ein Skiagramm, bildet den Umriss der Höhle in Celluloid nach, legt diese Celluloidplatte auf den blossgelegten Knochen und bildet danach den osteoplastischen Lappen. Er legt dann nach Entfernung der erkrankten Höhlenschleimhaut, Ausräumung des Siebbeins und Erweiterung des Ductus naso-frontalis einen Gummidrain in letzteren ein, den er nach 3—5 Tagen durch eine Silber- oder Goldtube ersetzt.

LEFFERTS.

54) **Sagebiel** (Stettin). **Ueber Stirnhöhlenoperationen mit Demonstrationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. S. 82. 1908.*

Vorstellung von 7 Patienten, die wegen chronischer Stirnhöhleneiterung operirt wurden: 5 nach Killian; einer mit Fortnahme der vorderen Wand, einer mit Fortnahme der Spange. Die Resultate waren durchweg gute. Nur bei sehr vorgewölbter Stirn und grosser Ausdehnung der Stirnhöhle ergab auch die Killian'sche Operation tiefe Einsenkung. Doppelbilder traten in 3 Fällen auf.

ALBANUS (ZARNIKO).

55) **Ramos** (Barcelona). **Stirnhöhlenempyem. Meningo-Encephalitis. Tod. (Sinusitis frontal; meningo-encefalitis; muerte.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la garganta. Juni 1908.*

Empyem nach Influenza; heftige Schmerzen in der linken Supraciliargegend;

39,0 Temperatur; sieben Tage nachher Lidabscess; bei Incision Entleerung einer grossen Menge fötiden Eiters; man kommt auf entblössten Knochen; die von R. vorgeschlagene Radicaloperation wird verweigert. Patient stirbt an Meningo-Encephalitis.

TAPIA.

56) **Cuello. Ueber einen Fall von primärem verkalktem Sarkom des Sinus frontalis.** *Dissert. Berlin 1908.*

C. fand 9 Fälle primären Stirnhöhlensarkoms in der Literatur. Er giebt die diesbezüglichen Krankengeschichten wieder und theilt einen weiteren von Prof. Silex operirten Fall mit, der seit $4^1/_2$ Jahren recidivfrei ist. Der kleinpflaumengrosse Tumor fand sich bei einer 40jährigen Frau und hatte allmählich zu einer Vortreibung der vorderen und unteren Wand der Stirnhöhle geführt.

OPPIKOFER.

57) **Callen J. Welty. Ethmoidalperforation an einem Augenwinkel und Erkrankung der Highmorshöhle. (Ethmoidal perforation of the inner corner of the eye and involvement of the antrum of Highmore.)** *American Medical Association Journal. 17. October 1908.*

Der Fall betrifft einen 70jährigen Mann. Heilung durch Killian'sche Operation.

EMIL MAYER.

58) **J. A. Stucky. Bericht über einen Fall von traumatischer Ethmoiditis, Cerebralabscess; Tod während der Operation; Autopsie. (Report of a case of traumatic ethmoiditis; cerebral abscess; death during operation; autopsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Januar 1907.*

Infection der Stirnhöhle und Siebbeinzellen infolge Trauma; Auftreten von psychischen Symptomen infolge Sepsis. Durch den Druck in der Keilbeinhöhle wurden Strabismus und Amblyopie bewirkt, die mit Nachlassen des Drucks verschwanden. Herdsymptome fehlten völlig.

EMIL MAYER.

59) **F. Massei. Myxofibrom der Keilbeinhöhle. (Mixo-fibroma del seno sfenoidale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1909.*

Es handelte sich um einen 26jährigen Mann, der an Athembeschwerden litt, die sich Nachts zu Erstickungsanfällen steigerten. Man fand eine grosse Neubildung des Nasenrachens, die roth und beweglich war, und beim Herunterdrücken der Zunge hinter dem Gaumensegel zum Vorschein kam. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge entfernt, wobei sich ergab, dass er einen langen Stiel hatte und aus drei Lappen bestand. Die Stelle, wo der Stiel gesessen hatte, fand sich am Rachendach, und zwar zeigte sich hier einige Millimeter über der rechten Choane eine kleine Vertiefung. Mit der Sonde gelang es, durch diese Grube in der Sphenoidalgegend in eine Art Canal einzudringen. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um ein Ueberbleibsel des Canalis cranio-pharyngeus handelt, durch den der in der Keilbeinhöhle sitzende Polyp sich nach dem Nasenrachen zu entwickelt habe.

FINDER.





60) **Sonntag** (Berlin). **Cyste an der Nasenwurzel. Septikopyämie nach Entfernung der Gaumen- und Rachentonsille.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 755. 1909.*

1. Fall: 34jähriger Mann trägt taubeneigrosse Dermoidcyste an der Nasenwurzel. Bei der Operation zeigt es sich, dass die beiden Nasenbeine und ein Theil des Septums fehlen: Zurückbleiben des Knochenwachsthums unter der Cyste.

2. Fall: 14 Tage nach einer Angina wurden dem 7jährigen Knaben in derselben Sitzung die drei Mandeln entfernt. 11 Tage nach der Operation starb das Kind an Septikopyämie.

OPPIKOFER.

61) **H. Schneider. Ueber einen Fall von Rhinophyma.** *Dissert. München 1907.*

55jähriger Patient. 2 wohlgelungene Photographien zeigen das überaus grosse Rhinophym. Operation mit gutem kosmetischem Resultat (1 Abbildung). Die Transplantation hält Verf. nicht für nothwendig und unter Umständen für schädlich, da die Drüsenausführungsgänge durch die Epidermislamellen verstopft werden und so Retentionscysten entstehen können.

OPPIKOFER.

62) **Sokolow. Fall von Rhinophyma. (Slutschai Rhinophyma.)** *Protokoll des Moskauer venerolog.-dermatol. Vereins. Bd. XV. S. 61.*

Abbildung und Beschreibung von colossaler Geschwulst der Nase bei einem 34jährigen Manne, bei dem nicht nur die äussere Form der Nase völlig verschwunden war, sondern auch in der Nasenhöhle Wucherungen vorhanden waren. Die Geschwulst wurde sammt der Nase, exclusive der Nüstern, entfernt und Rhinoplastik gemacht. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass es sich um ein Sarkom handelte, welches zur besonderen Wucherung von Talgdrüsen Veranlassung gegeben hatte.

P. HELLAT.

63) **Harmon Smith. Abscess in beiden Nasenlöchern, mit Sattelnase, corrigirt durch Paraffininjectionen. (Abscess of both nostrils with saddle back deformity corrected by paraffin injection.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

64) **J. F. Binnie. Eine Operation zur Correction der eingesunkenen Nase. (An operation for the repair of sunken nose.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. Juni 1908.*

Es wird in der Mittellinie ein longitudinal verlaufender Einstich gemacht, von diesem beiderseits zu der Basis der Nasenflügel subcutane Tunnels gemacht und in diese Streifen von Rippenknorpel eingelegt.

EMIL MAYER.

65) **H. E. Waxham. Ein neues Verfahren zur Correction der Sattelnase. (A new procedure for the correction of the saddle nose.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Verf. macht auf dem Nasenrücken einen Hautschnitt, trennt die Gewebe mittels gebogener Scheere, hebt Haut und subcutanes Gewebe sorgfältig mit einem Elevatorium hoch, stillt dann durch Aufdrücken eines Adrenalintampons die Blutung. Dann spritzt er mittels leicht gebogener Nadel Paraffin von 44—46 ⁰ Schmelzpunkt an den Endpunkt der Gewebstrennung. Beim allmählichen Zurückziehen der Nadel

wird immer mehr Paraffin deponirt. Darüber wird, damit das Paraffin nicht durch die Incision herauskommt, ein fester Druckverband gelegt oder die Incision durch feine Nähte geschlossen.

EMIL MAYER.

66) **Burack. Paraffinprothesen und Verbreiterung der eingesunkenen Nase. (O parafinowich protesech woebschtsche i ob isprawl. parafinom sapodanija nosa w tschasti.)** *Jeshemesjatschnik. No. 3. 1908.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

67) **C. C. Miller. Die chirurgische Verkleinerung der excessiv langen Nasenspitze. (The surgical reduction of the nasal tip of excessive length.)** *Alabama Medical Journal. September 1907.*

Beschreibung des Operationsverfahrens.

EMIL MAYER.

68) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenplastiken.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1908.*

Empfehlung der Methode nach Föderl. Siebförmig durchlochte, in der Form der aufgeklappten Nase zugeschnittene Celluloidplatte wird zwischen Periost und Haut einheilen gelassen, sodann breit umschnitten bis auf den Knochen, von diesem abpräparirt, der nach unten gestielte Lappen gedreht und nach der üblichen Methode angenäht. Die Platte wird dem künftigen Nasenrücken entsprechend dachförmig gebogen.

CHIARI-HANSZEL.

69) **M. M. Krings** (Groningen). **Ein Fall von Nasenprothese. (Een geval van neus-prothese.)** *Tijdschr. v. Tandheelk. XVI. H. 3.*

Die äussere Nase war infolge von Lupus verloren gegangen. Die Nasenbeine waren erhalten, das knorpelige Septum verschwunden. Nach Stents- und Gypsabdrücken machte K. ein Stentsmodell der neuen Nase und baute darauf die Nase aus rothem Wachs. Die Befestigung wurde gemacht, oben an einer Brille, unten an zwei in die Nasenlöcher greifende Goldklammern. Dieselben berühren die innere Nasenwand in der Ruhe nicht, wohl aber bei Muskelzug wie beim Sprechen und Lachen, wobei sie die Nase am Abgleiten verhindern. Es wurde dann die Nase aus hartem Kautschuk vulkanisirt. Dieses Material hat den Vorzug vor Platina, das bei Frost zu stark abkühlt, vor Celluloid, das für Raucher gefährlich ist, vor weichem Kautschuk, das schwer zu bearbeiten ist; auch vor Papiermaché, das für Feuchtigkeit nicht ganz unempfindlich ist. Die Farbe wurde mittels gewöhnlicher Porträtfarbe aufgetragen. Mit ein wenig Terpentin verdünnt, hält dieselbe auf Kautschuk ganz gut. Das Resultat war in jeder Hinsicht ein ganz vorzügliches.

H. BURGER.

70) **J. Herzfeld** (Berlin). **Ein neues Naseninstrument.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 382. 1908.*

Die Instrumente sind abgebildet: Zur ersten Durchbohrung des knorpeligen Septums bei der submucösen Septumoperation ein Stichel und ein meisselartiges Instrument; Scheere zur Knorpeldurchschneidung; Nasenfeile nach Sandmann zur Entfernung einer breit- oder spitzaufsitzenden Protuberanz des Septums; Nasentamponträger.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).





### c. Mundrachenhöhle.

71) **Mayasanik** (Berditschew). **Werden im Bereich des Ostium tubae pharyngis Geschmacksempfindungen ausgelöst?** *Dissert. Bern 1908.*

Chinin sulf. in Salbe wird von allen 36 geprüften Personen l. c. empfunden, jedoch zweimal ausgesprochen süss; analog den Thatsachen, dass nach Howel und Costlé Bromsaccharin an der Zungenbasis bitter, an der Zungenspitze süss schmeckt. Die Versuche wurden mit vielen Cautelen ausgeführt. JONQUIÈRE.

72) **Alberto Civalleri. Die Pharynxhypophyse beim Menschen. (L'ipofisi faringea nell'uomo.)** *Internationale Monatsschr. f. Anatomie u. Physiologie. XV. H. 3. 1909.*

Es besteht nach den Untersuchungen des Verf.'s constant am Rachendach beim Erwachsenen eine kleine glanduläre Bildung, die ihrer Structur nach sich verhält wie der Vorderlappen der Hirnhypophysis. Sie ist in dem fibro-periostalen Ueberzug gelegen, der die Unterfläche des Keilbeins bedeckt und zwar genau in der Medianlinie gerade da, wo, wenn sie vorhanden ist, sich die Oeffnung des Canalis cranio-pharygeus befindet. Da die Drüse längs des Verlaufes des primären Hypophysentheiles gelegen ist, so kann man annehmen, dass sie mit diesem Theil in seinem extracraniellen Antheil embryologisch zusammenhängt. Verf. schliesst aus der Structur dieser Drüse, dass sie eine der Glandula pituitaria des Gehirns gleiche Function hat. FINDER.

73) **Warnekros** (Berlin). **Ueber die Ursache der Lippen- und Gaumenspalten.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. S. 976. 1908.*

Der Autor bringt in seiner Arbeit, die sich vor Allem auf röntgonologische Untersuchungen stützt, die Ansicht, dass überzählige Zähne die Gaumen- und Lippenspalten verursachen; es handele sich nicht um ein Nichtverwachsen zweier gesonderter Knochen, sondern um einen Spalt im Zwischenkiefer selbst, der immer durch die Anlage eines überzähligen Zahnes hervorgerufen werde und sich entweder auf den palatinalen Theil des Zwischenkiefers beschränke oder den Alveolarfortsatz durchbreche und somit ein Hemmniss abgebe für die Verwachsung des palatinalen Theils des Oberkiefers und event. auch der Weichtheile.

In der Discussion sprachen Sachs (Berlin), Eckstein (Berlin) und Gutzmann (Berlin). ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Warnekros** (Berlin). **Gaumenspalten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 144. 1908.*

Verf. stellt in dieser Arbeit die Behauptung auf, dass in sehr vielen Fällen die Anlage eines überzähligen Zahnes bei den beschränkten Raumverhältnissen des noch nicht vollkommen verknöcherten Zwischenkiefers die Entstehung einer Spaltbildung im Zwischenkiefer selbst veranlasst und führt eine Reihe von Fällen als Beweise für diese Behauptung an. Verschiedene Abbildungen von Modellen — Oberkieferabdrücke — zeigen bei verschiedenen Graden der Spaltbildung den überzähligen Zahn bei Lebenden. Ein Fehlen des überzähligen Zahnes darf nicht ohne Weiteres als Gegenbeweis angeführt werden, da er bei Lebenden entfernt oder bei

Embryonen oder Neugeborenen mit weit klaffendem Spalt verloren gegangen sein kann. Dass bei Neugeborenen mit erhaltenem Kieferbogen unter allen Umständen der überzählige Zahn nachzuweisen ist, beweisen beigegebene Röntgenabbildungen, bei denen auf jeder Seite statt der 5 Zähne 6 zu sehen sind. Zu jedem Röntgenbild ist die Photographie des Kopfes und des Gaumens hinzugefügt.

Vererbung spielt bei diesen Spaltbildungen eine grosse Rolle. Die Voraussetzung, dass bei den Familien, wo Spaltbildungen beobachtet werden, auch gleichzeitig Neigung zu überzähligen Zähnen nachgewiesen werden kann, wurde vom Verf. in vielen Fällen bestätigt.

Verf. geht dann noch auf die Therapie der Spaltbildungen des Näheren ein.

Bei ausführlicher Betrachtung des Passavant'schen Wulstes wird einer Arbeit von K. Warnekros (Sohn) gedacht, die Aufklärung in die noch umstrittene Frage bringt. Sie hat folgendes Ergebniss:

1. Der Passavant'sche Wulst wird von dem obersten Abschnitt des Constrictor pharyngis superior, dem sog. Pterygopharyngeus gebildet, und ist als eine der Velumcontraction associirte, physiologisch nothwendige Bewegungserscheinung bei der Sprachbildung anzusehen.

2. Diese unter normalen Verhältnissen isolirte Thätigkeit des Pterygopharyngeus wird bei Gaumenspalten insofern ergänzt, als neben der entsprechenden Wulstbildung des Constrictor pharyngeus sup. in seiner Gesammtheit eine Compression der seitlichen Pharynxwand und somit zusammen mit dem Palatopharyngeus eine Verschmälerung des Gaumendefectes durch Annäherung der Spaltränder bewirkt.

3. Durch alleinige Contraction des Palatopharyngeus kann eine Verengerung des Defectes nicht erzielt werden, da die Wirkung des in Betracht kommenden Abschnittes (Pars pharyngopalatina) durch antagonistischen Einfluss aufgehoben wird.

4. Der M. palatopharyngeus ist weder activ noch passiv an der Bildung des Passavant'schen Wulstes betheiligt.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

75) **Kuhn** (Kassel). **Die Operation des Wolfsrachens mittels peroraler Intubation.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 98. 4. u. 5. Heft. 1909.*

Als wesentliche Vorzüge werden angegeben die Ruhe und Leichtigkeit der Narkose, die bequemere Beseitigung der Zunge, Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und Reinlichkeit bei der Anfrischung, Tamponade und Naht.

SEIFERT.

76) **Notiz des Herausgebers. Die nekrotische Scharlachangina. (The necrotic angina of scarlat fever.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1909.*

Diese Angina kann in jedem Stadium der Krankheit auftreten. In manchen Fällen geht ihr eine nicht-gangränöse Angina vorher, die erst nach 6—8 Tagen einen nekrotischen Charakter annimmt. Handelt es sich von Anfang an um eine nekrotische Angina, so zeigt sich der Belag innerhalb 48 Stunden. Sterben die Patienten nicht an Allgemeininfection, so tritt oft rapide Besserung auf und nach einigen Tagen bleiben nur noch ein paar tiefe und grosse Ulcerationen auf der Tonsille. Als Behandlung empfehlen sich reichliche Irrigationen mit Wasserstoff-

superoxydlösung nebst localer Application von 2 proc. Chlorzink- oder Jodlösung, wobei sorgfältige auf Hebung des Allgemeinzustandes bedachte Allgemeinbehandlung nicht zu vernachlässigen ist.

LEFFERTS.

77) **F. Samuel. Ueber Angina ulcerosa bei dem Abdominaltyphus.** *Dissert. Strassburg 1908.*

An der med. Klinik in Strassburg wurden von 1888—1907 im Ganzen 1102 Typhusfälle behandelt. Unter diesen fanden sich bei 76, also bei 6,89 pCt. aller Typhusfälle, Gaumengeschwüre (meist 1—2) vor. 73 Mal sassen die Ulcera am vorderen Gaumenbogen. Die durchschnittliche Dauer der Geschwüre betrug 10 Tage. 17 Mal wurde gleichzeitig Soor beobachtet.

Die Angina ulcerosa ist ein für die Frühdiagnose des Typhus abdominalis werthvolles Symptom.

OPPIKOFER.

78) **Norton L. Wilson. Bericht über einen Fall von Tonsillartuberculose nebst Bemerkungen über die Anwendung von Jodkali bei Tuberculose. (Report of a case of Tuberculosis of the tonsil with remarks on the administration of Potassium Jodide in Tuberculosis.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. warnt davor, in zweifelhaften Fällen zur Diagnose ex juvantibus Jodkali zu geben, da es feststeht, dass eine Zeit lang auch bei Tuberculose nach Jodkaligebrauch Besserung eintritt und so Irrthümer entstehen können. Man soll in solchen Fällen lieber ein paar Einspritzungen von Quecksilbersalicylat machen.

EMIL MAYER.

79) **A. Rossi-Marcelli. Die Gaumenmandel als Eingangspforte des Tuberkelbacillus. Ihre Beziehung zu den Halsdrüsen. (La tonsilla palatina come porta di entrata del b. tubercolare. Rapporto di essa coi gangli del collo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Bei einem 8jährigen Mädchen findet sich rechts am Halse eine aus Drüsen bestehende Kette, in denen eine besonders grosse vor dem vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus sich befindet. Brustorgane gesund; im Auswurf keine Tuberkelbacillen. Die rechte Tonsille ist hypertrophirt. In Stückchen der Tonsille, die mit einer Hartmann'schen Zange entnommen waren, wurden bei der mikroskopischen Untersuchung spärliche, aber deutliche Tuberkelbacillen sowohl unter dem Epithel, besonders der Krypten, als auch im Parenchym gefunden.

Verf. bespricht dann den anatomischen Zusammenhang, der zwischen jenen Halsdrüsen und der Tonsille besteht mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungen von Wood.

FINDER.

80) **K. Emerson. Acute Poliomyelitis nach Tonsillitis. (Acute Poliomyelitis following Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1908.*

8jähriger Knabe mit Tonsillitis, deren Schwere durch die toxischen Symptome gekennzeichnet ist. Es fanden sich in den Bakterien keine Diphtheriebacillen. Am nächsten Tage war die Tonsillitis verschwunden, doch war der Kranke die folgenden Tage nicht bei Wohlbefinden und klagte über Schmerzen in Händen, Arm, Schulter etc. Am 7. Tage Fieber. Der Allgemeineindruck war jetzt der einer

beginnenden Meningitis. Am 10. Tage Lähmung des Deltoideus und des linken Oberarmes; zwei Tage darauf konnte er nur noch ganz schwach die Finger der linken Hand beugen. Verf. nimmt eine gemeinsame Aetiologie für die Tonsillitis und Poliomyelitis an.

LEFFERTS.

81) **Berini. Tonsillitis und Peritonsillitis phlegmonosa; deren Behandlung. (Amigdalitis y periamigdalitis flegmonosas; su tratamiento.)** *Revista de medicina y cirurgia de Valencia. November 1908.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

82) **Antonio Nieddu. Eine kleine Appendicitis-Epidemie studirt in Bezug auf das Verhalten des Waldeyer'schen Schlundrings. (Una piccola epidemia di appendicite studiata in rapporto allo stato dell'anello linfatico di Waldeyer.)** *Boll. delle malattie dell'orecchio etc. No. VIII. 1909.*

In 4 von den 5 beobachteten Fällen war der Appendicitis eine Angina tonsillaris vorausgegangen. In einem dieser Fälle war die Mandelerkrankung seit einer Woche geheilt; in dem zweiten waren zu Beginn der Appendicitis die Mandeln noch bedeckt mit fibrinösen Belägen, die zahlreiche Kokken enthielten. Bei den beiden anderen Fällen trat infolge allgemeiner Peritonitis Exitus ein. Bei einem von diesen wurde die Autopsie gemacht. Man fand Eiterherde in der rechten Mandel, in denen sich Streptokokken fast in Reinkultur fanden. Streptokokken fanden sich auch in dem peritonitischen Exsudat.

FINDER.

83) **J. N. Reik. Die Beziehungen zwischen entarteten Tonsillen und Mittelohrerkrankung. (The relationship between degenerate tonsils and middle-ear deafness.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Die Fälle betreffen Patienten, die den Otologen wegen Schwerhörigkeit consultirten, keine Beschwerden von Seiten des Halses und der Nase hatten und bei denen genaue Untersuchung erkrankte Tonsillen ergab. In einer Anzahl von Fällen führte die Enucleation dieser Tonsillen zur Besserung, Stillstand oder sogar Heilung der beginnenden oder fortschreitenden Mittelohr-Schwerhörigkeit.

EMIL MAYER.

84) **H. Danielewicz. Klinische Beiträge zur Pyocyanasebehandlung.** *Dissert. Bonn 1908.*

D. liess die Pyocyanase 6—7 mal täglich einblasen. Diarrhoen als Wirkung des Verschluckens der Pyocyanase wurden nicht beobachtet.

Bei 9 schweren Fällen von Angina lacunaris wurden 8 in überaus günstiger Weise durch die Pyocyanase beeinflusst. 9 Krankengeschichten.

Bei Behandlung der Diphtherie kann das Mittel als gänzlicher oder theilweiser Ersatz des Serums nicht in Betracht kommen. Bei schweren Fällen von Diphtherie versagt es. Als locales Desinficiens ist die Pyocyanase an Stelle der bisher üblichen Gurgelwässer empfehlenswerth. Völlige Abtödtung der Diphtheriebacillen in der Schleimhaut kann nicht mit Sicherheit erzielt werden. 5 Krankengeschichten.

Bei der Scharlachangina (9 Fälle) übt die Pyocyanase ebenfalls einen günstigen Einfluss aus. Doch sagt Verf. an einer Stelle: Natürlich ist es nicht

möglich, auf Grund der Beobachtungen von 9 Fällen ein sicheres Urtheil über den Werth des neuen Mittels zu gewinnen.

OPPIKOFER.

85) R. Leroux (Paris). **Behandlung der eingekapselten Mandel. Neuer Morcelleur. (Traitement de l'amygdale enchatonnée. Nouveau morcelleur à érigne.)** *Presse Médicale. No. 45. 3. Juni 1908.*

Um die Tonsillen aus ihrem Zusammenhang mit den vorderen Gaumenbögen loszulösen, macht Verf. eine verticale Incision 1 cm vom inneren Rand des Gaumenbogens und führt dort eine rechtwinklig gebogene kurze Sonde ein. Dieses Verfahren hat den Vorzug, den Gaumenbogen zu schonen. Für das Morcellement hat Verf. den gewöhnlichen Morcelleur mit einer vortheilhaften Modification versehen.

GONTIER de la ROCHE.

86) H. B. Blackwell. **Die Bedeutung der Tonsillectomie für die Otitis nebst Bemerkungen über Fingerenucleation. (The otitic significance of tonsillectomy with reference to digital enucleation.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909.*

Verf. beschreibt seine Methode der Fingerenucleation. Er betrachtet die Operation bei acuter chronischer eitriger und nichteitriger Mittelohrentzündung als einen in curativer und prophylaktischer Hinsicht werthvollen Factor.

LEFFERTS.

87) F. S. Mathews. **Fingerenucleation der Tonsille. (Finger enucleation of the tonsil.)** *Annals of Surgery. December 1908.*

Verf. schält die Tonsille mit dem Zeigefinger oder mit Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand aus, bis sie nur noch an einer dünnen Schleimhautbrücke hängt, dann schneidet er sie mit dem Tonsillotom ab.

EMIL MAYER.

88) C. Demarest. **Gefahren bei der Entfernung der Tonsillen und Adenoidgeschwülste. (Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 20. März 1909.*

Die secundären Blutungen sind nach Verf. fast immer durch unvollkommene Entfernung der Adenoiden und bei der Gaumentonsille durch Anwendung des Tonsillotoms oder der Tonsillarzange bedingt. In letzterem Fall bringt man die Blutung zum Stehen, indem man die Gaumenbögen durch drei Nähte zusammennäht.

LEFFERTS.

89) F. C. Ard. **Gefahren bei der Entfernung der Tonsillen und der Adenoiden. (Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 6. März 1909.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Operation wegen der bei ihr in Betracht kommenden Gefahren nicht zu geringfügig behandelt werden sollte, und beschäftigt sich vor allen Dingen mit der Gefahr der Blutung.

LEFFERTS.

90) C. R. Dufour. **Blutung nach Tonsillotomie mit der kalten Schlinge. (Hemorrhage following Tonsillotomy with the cold wire snare.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Bei Hunderten von Operationen hat Verf. nur einmal eine schwere Blutung

nach der Anwendung der kalten Schlinge gehabt, und zwar bei einem 35jährigen Manne.

Die Blutung wurde durch Naht der Gaumenbögen zum Stehen gebracht.

EMIL MAYER.

91) **Otto J. Stein. Ein Fall schwerer primärer Blutung nach Entfernung der Gaumentonsille. (A case of severe primary hemorrhage following the removal of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Der Fall betrifft eine 20jährige Frau. Sie gab an, sich am zweiten Tage ihrer Menstruation zu befinden. Pat. war keine Hämophile, Verf. hatte sie bereits in der Nase und an Adenoiden operirt, ohne dass Blutung erfolgt war. Verf. warnt davor, während oder kurz vor dem Eintreten der Menses, ebenso bei vorgeschrittener Gravidität zu operiren.

EMIL MAYER.

92) **Ernest Morawek. Eine neue Tonsillenzange. (A new style tonsil forceps.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Der Vorzug des Instruments besteht darin, dass es die Tonsille von Anfang bis zum Ende der Operation festhält, ohne dass es — selbst wenn das Tonsillengewebe sehr brüchig ist — ausreisst. Die Zange ist sehr leicht, der Handgriff so angebracht, dass der Operateur durch ihn bei seinen Manipulationen nicht gestört wird.

EMIL MAYER.

93) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Mandelstein. (Calculo de la amigdala.)** *Boletino de laringologia. Februar 1909.*

25jähriger Mann, bei dem sich ein 5 g schwerer grauer Stein findet. Pat. hatte öfter an Amygdalitis mit käsigen Pfröpfen gelitten. Chemische Zusammensetzung der Concrements: 12 pCt. Calcium carbonic., 67 pCt. Calcium phosphat., 12 pCt. organische Bestandteile.

TAPIA.

## d. Diphtherie und Croup.

94) **Retzlaff** (Magdeburg). **Die Diphtheriefälle des Jahres 1907 in der Krankenanstalt Sudenburg.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 49. 1909.*

Unter 150 auf der Diphtheriestation behandelten Kindern waren 140 sichere Diphtheriefälle, von welchen 83,57 pCt. geheilt resp. gebessert entlassen wurden, und 16,43 pCt. starben. Gleich nach der Einlieferung erhielten die Kinder 1500 E., fiel das Fieber nicht, so wurde eine zweite Seruminjection gemacht. Auf die örtliche Behandlung des Rachens mit 2 proc. Collargol legt R. grosses Gewicht. In 29 Fällen musste künstlich die Larynxstenose behoben werden, entweder durch Intubation oder Tracheotomie. Von diesen wurden 29 geheilt resp. gebessert entlassen, gestorben sind 10 Kinder, von denen wohl das eine oder andere hätte gerettet werden können, wenn man früher, d. h. vor der Aufnahme Serum gegeben hätte.

SEIFERT.

95) **Gabriel** (Stettin). **Beitrag zur Kenntniss des chronischen Rachendiphtheroids.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Ein 22jähriges Dienstmädchen, das vor 1 $^3/_4$ Jahren eine schwere Diphtherie

durchmachte und seitdem viel Heiserkeit gehabt hat, wird während 7 Monaten im Krankenhaus wegen immer wieder auftretenden Schüben von Angina, theils mit, theils ohne Belag, unter gleichzeitiger Störung des Allgemeinbefindens behandelt; es finden sich andauernd pathogene Diphtheriebacillen. Eine Nachbarin und Pflegeschwester erkrankten an typischer Diphtherie. Nach Entlassung — ungeheilt mit Bacillen — Rückkehr mit einer neuen Attaque nach 3 Wochen, wonach Pat. ebenfalls ungeheilt das Haus verliess.

ALBANUS.

96) **E. Schreiber** (Magdeburg). **Ueber intravenöse Injection des Diphtherieserums.** *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1909.*

Bezugnehmend auf die Arbeiten F. Meyer's und Berghaus' empfiehlt Sch. bei schweren Diphtheriefällen statt der subcutanen die intravenösen Injectionen und zwar gleich in grossen Dosen. Die grossen Dosen sind auch intravenös durchaus unschädlich — so liess Autor bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde auf einmal 6000 I.-E. und bei einem 5jährigen 10000 I.-E. mit sehr gutem, complicationsfreiem Erfolge injiciren —, sättigen weit sicherer alle Toxine ab und arbeiten damit den verhängsnisvollen Lähmungen durch die Toxine eher entgegen, als das etwa bei kleineren wiederholten Dosen geschieht. Der Temperaturabfall erfolgt prompter, der Allgemeinzustand bessert sich erheblich schneller als bei der subcutanen Injection. Der locale Process zeigt den gleichen Verlauf wie bei der subcutanen Injection. Bieten sich für die intravenöse Injection einmal Schwierigkeiten, dann wäre der subcutanen Injection die Einspritzung in die Glutaeen vorzuziehen, da von hier aus die Resorption nach Morgenroth schneller erfolgt als vom Unterhautzellgewebe aus. Zwar ist der geringe Carbolzusatz des Serums unschädlich, doch ist es bereits gelungen, auch carbolfreies Serum für den Handel herzustellen.

HECHT.

97) **Adolf Bingel** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Einwirkung einer intracutanen Injection von Diphtherietoxin auf die Haut und den Antitoxingehalt des Serums beim Menschen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1909.*

Aus nicht näher angegebenen Gründen machte sich ein 30jähriger, bereits früher wegen Diphtherie mit Serum behandelter College an 2 nahe beieinander gelegenen Stellen des Unterarmes intracutane Injectionen von je $^1/_{10}$ cbm eines sehr hochwerthigen Diphtherietoxins. Es entstand ein rein toxisches Fieber, das nach 10 Stunden einsetzte, nach 24 Stunden seinen Höhepunkt erreichte und am 5. Tag wieder zur Norm abfiel. An der injicirten Hautstelle entstanden eigenartige, locale Veränderungen: Blasen- und Oedembildungen mit Auftreten von Gangrän, letztere jedoch nicht an den Injectionsstellen und deren näherer Umgebung, sondern mehr an entfernteren, peripher gelegenen Stellen. Daneben bestanden Anfangs Schmerzen, die durch das Oedem bedingt waren, denen später solche neuritischer Natur folgten. Auf Veranlassung Ehrlich's wurde von Neisser und Altmann der Antitoxingehalt des Serums des Patienten, dem bei Auftreten des Fiebers 2000 I.-E. Diphtherieantitoxin injicirt worden waren, geprüft. Während der höchste bisher beobachtete Antitoxingehalt bei einem Menschen 1 I.-E. pro Cubikcentimeter betrug, ergab die Untersuchung, dass das Serum des

Pat. 6 I.-E. pro Cubikcentimeter enthielt, das wohl als frisches Reactionsproduct der Diphtherietoxin-Injection aufzufassen sein dürfte. HECHT.

98) **Schultz** (Berlin). **Ueber die Bekämpfung der Diphtherie in den Schulen. Bemerkungen über die neuen Vorschriften zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten in den Schulen.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 69. 1909.*

Der Verf. tritt für die Errichtung von „Gesundheitsämtern" ein, welche die nothwendigen Erhebungen über vorkommende Diphtherieerkrankungen anzustellen hätten, auch die Bacillenträger wären durch bakteriologische Untersuchung herauszufinden und unschädlich zu machen. SEIFERT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

99) **Ottersbach** (Köln a. Rh.). **Ein Fall von Diaphragma laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 11. 1908.*

Mittheilung der Krankengeschichte; ätiologisch wird eine in der Jugend sich lange hinziehende Scharlach-Diphtherie als Ursache für den Kehlkopfbefund angesprochen. HECHT.

100) **Arthur Alexander** (Berlin). **Angeborene oder erworbene Stimmlippendefecte?** (Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Sitzung vom 13. December 1907.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 190. 1908.*

Verf. stellt ein 20jähriges Mädchen vor, das stets heiser gewesen ist. Das Schreien als neugeborenes Kind soll stets mit kräftiger Stimme erfolgt sein. Beim Beginn des Sprechens aber war die Stimme bereits heiser.

Die Stimmlippen zeigen beiderseits in völlig reactionslosem Gewebe lefzenartige Defecte der freien Ränder. Die ätiologische Frage bleibt unentschieden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ein gespaltenes Stimmband.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 525. 1908.*

Bei einem 70jährigen Patienten, der sich wegen Heiserkeit vorstellte, wurde eine Spaltbildung der linken Stimmlippe festgestellt, die sich auf die vorderen Zweidrittel der Stimmlippe bezieht. Der median gelegene Theil derselben war von der Stärke eines dicken Fadens und machte bei jedem Versuche, einen Ton hervorzubringen, stark flottirende Schwingungen. Bei der Respiration legte er sich dem äusseren Theil des Stimmbandes dicht an, so dass der Spalt nicht mehr zu erkennen war.

Es handelt sich um ein zerfallenes und dann durch Jodkalium geheiltes Gummi. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **S. Citelli** (Catania). **Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. B. Fränkel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 538. 1908.*

In Bezug auf den Verlust der Stimme nach Chordectomie sei, meint Verf., ein stimmloser aber canülenfreier Mensch sei besser daran, als ein canülentragender; im

Uebrigen sei eine vicariirende Funktion der Taschenlippen infolge Hypertrophie derselben zu erhoffen.

Verf. meint, wenn man mit passenden Insttumenten (Grünwald'sche Nasenzange) operire, ohne die umgebende Schleimhaut zu malträtiren, seien die besten Erfolge zu erwarten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

103) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie und ihre Nutzanwendung speciell bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 120. 1908.*

In den letzten Jahren hat Verf. bei Behandlung der Kehlkopftuberculose mit einer combinirten chirurgisch-anästhesirenden Methode sehr gute Erfolge gehabt. Diese kommt in allen den Fällen zur Anwendung, in denen es sich um Erosionen, ulceröse Processe handelt, in welchen stärkere Infiltrate, tuberculöse Tumoren bestehen.

Bei geringfügigen, geschlossenen Infiltraten und bei den Entzündungen ohne Epitheldefecte genügt eine nur anästhesirende Behandlung. Verf. ist nämlich der Ansicht, dass der bei jeder Entzündung bestehende primäre Dolor durch Reflex zu Exsudatbildung, Tumor etc. führe und dass daher durch Aufheben des Dolor die übrigen Erscheinungen der Entzündung beseitigt werden.

Den grössten Nutzeffect erreicht man durch submucöse Injectionen in jede beliebige entzündete Stelle im Larynx. Zu den Injectionen verwendet Verf. fast ausschliesslich Novocain 2—5 pCt., 1—2 ccm, in sorgfältig sterilisirter wässriger Lösung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **L. Laub** (Budapest). **Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose und zur Frage, auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 58. 1908.*

Die Untersuchungen sind an der Lungenheilstätte Wilhelmsheim vorgenommen. Es handelt sich bei der Statistik nur um männliche Kranke. In 6,1 pCt. der Fälle von Lungenphthise war Kehlkopftuberculose vorhanden. Unter 114 Fällen von Kehlkopftuberculose waren 61 = 53,6 pCt. einseitig und 3 = 27,2 pCt. doppelseitig.

Von den 61 einseitigen Kehlkopftuberculosen sind 35 = 57,4 pCt. correspondirend mit der Lungenseite und 26 = 42,2 pCt. nicht correspondirend bezw. gekreuzt.

Von allen 114 sind Kehlkopfphthisen also 30,6 pCt. zugleich einseitig und correspondirend, 22,8 pCt. gekreuzt. Die Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose kann somit als Regel nicht betrachtet werden.

Da sich ein ganz bedeutend höherer Procentsatz bei Lungenkranken des III. Stadiums, wo gleichzeitig Kehlkopftuberculose besteht (72 pCt.), vorfindet, als bei der Gesammtzahl der Phthisiker des III. Stadiums ohne Kehlkopftuberculose (17 pCt.), und da 89 pCt. der mit Kehlkoptuberculose complicirten Fälle des III. Stadiums Tuberkelbacillen im Auswurf hatten, während bei der Gesammtzahl der Phthisiker im III. Stadium nur in 29 pCt. Tuberkelbacillen sich im Auswurf vorfanden, so

rechtfertigt dieses Ergebniss die Annahme, dass die Infektion des Kehlkopfs bei einem Lungenkranken vorwiegend durch das bacillenhaltige Sputum zu Stande kommt, ferner, dass die Schwere der Lungenerkrankung, hauptsächlich aber das Vorhandensein eines bacillenhaltigen Lungensputums für die Pathogenese der Larynxtuberculose von grosser Bedeutung ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **Nils Arnoldson** (Stockholm). **Die Behandlung der Larynxtuberculose. (Om larynxtuberkulosens behandling.)** (Referat zur Discussion über die Behandlung der Larynxtuberculose in der Gesellschaft der schwedischen Aerzte am 6. April 1909.) *Hygiea. Mai 1909 eller Allmänna svenska Läkaretidningen. No. 24 und 25. 1909.*

Verf., der seit 2—3 Jahren sich mit der chirurgischen Behandlung dieser Krankheit beschäftigt hat, berichtet über seine Erfahrungen, die im Allgemeinen als sehr gute bezeichnet werden können. Nach einem kurzen Bericht über die Lage der Behandlung der Larynxtuberculose im Allgemeinen bei den Laryngologen spricht er über die gewöhnlichen Voraussetzungen für die Technik des endolaryngealen Eingriffes: als Anaestheticum hat Verf. 35—50procentige Cocainlösung mit Zusatz von Nebennierenextract gebraucht. Wünschenswerth ist es, in einer Sitzung so viel wie möglich von dem kranken Gewebe zu entfernen, die Blutung ist gering und hat als solche nach der Erfahrung des Verf.'s keine Bedeutung. Der Eingriff hat einen curativen und einen palliativen Zweck: im ersten Falle ist er indicirt bei begrenzter Ausbreitung der Krankheit im Larynx mit gutem allgemeinen Zustand und wenig entwickeltem oder stationärem Lungenprocess: die Stimmbänder zu schonen hält Verf. nicht für nöthg, theils weil die Function derselben durch die Krankheit unter allen Umständen gestört ist, theils weil Defecte hier sehr leicht regenerirt werden. Contraindicirt ist der Eingriff, wo Exitus nahe ist und wo totale oder sehr verbreitete Larynxtuberculose existirt, auch wenn die Lungen relativ wenig verändert sind. Bei Perichondritis ist nach der Meinung des Verf.'s die Aussicht auf Heilung sehr schlecht.

Der Eingriff beabsichtigt eine Begrenzung des Processes hervorzubringen und kann wohl nur ausnahmsweise zu einer anatomischen Heilung Veranlassung geben.

Die palliativen Eingriffe sind gegen Dysphagie und Dyspnoe gerichtet; im letzteren Falle ersetzen sie die Tracheotomie.

Seine Erfahrungen hat Verf. bei der Behandlung von 30 Fällen gesammelt; der objective Zustand vor und nach der Operation ist durch gute Zeichnungen demonstrirt.

Nach einer kurzen Erwähnung der extralaryngealen Eingriffe, mit denen Verf. sich nicht beschäftigt hat, gieb er folgende Zusammenfassung:

1. Der absolute Nihilismus in der Therapie und die schablonenartige Behandlung müssen einer vernünftigen activen Behandlung weichen.

2. Wenigstens die grössten Anstalten für tuberculöse Lungenkranke sollen mit solchen Aerztekräften und äusseren Einrichtungen ausgestattet sein, dass die Larynxkranken eine rationelle laryngologische Pflege obligatorisch erhalten können. Discussion.

E. STANGENBERG.

106) **Max Senator** (Berlin). **Kehlkopflupus. Erwiderung auf die Arbeit des Herr. Prof. Albert Rosenberg über „Primären Kehlkopflupus"** (in Fraenkel's Archiv. Bd. 20. Heft 3). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 202. 1908.*

107) **A. Rosenberg** (Berlin). **Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Max Senator.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 204. 1908.*

108) **Max Senator** (Berlin). **Kurze Replik auf vorstehende Erwiderung des Herrn Prof. A. Rosenberg.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 205. 1908.*

Die Uebereinstimmung dreier Fälle legt Senator den Schluss nahe, dass bei maligne verlaufendem Allgemeinlupus der Kehlkopf nach Art der Tuberculose befallen wird. Rosenberg ist geneigt, die von Senator beschriebenen Fälle zu den „unreinen" zu zählen oder wenigstens zu den Ausnahmen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

109) **J. Cohen. Ein Fall von primärem Larynx- und secundärem Hautlupus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 151. 1909.*

Bis heute sind nach C. 29 Fälle von primärem Lupus des Kehlkopfs veröffentlicht. C. giebt die Krankengeschichte eines weiteren Falles: Der Lupus beschränkte sich bei der 17jährigen hereditär tuberculös belasteten Patientin vorerst auf den Kehldeckel. Amputation der Epiglottis; Heilung. Lungen normal. $^{1}/_{2}$ Jahr später Lupus des rechten Ohrläppchens; Fortschreiten des lupösen Processes im Innern des Kehlkopfes, lupöse Herde in den vorderen Gaumenbögen. Endresultat noch unbekannt.

OPPIKOFER.

110) **K. Kolb. Die Localisation des Krebses in den Organen in Bayern und anderen Ländern.** *Zeitschrift f. Krebsforschung. Bd. VIII. Heft 2. 1909.*

Unter 8777 krebskranken Männern 91 mit Krebs des Larynx, unter 11266 Frauen 26. Unter 288 Männern mit Sarkom 1mal Localisation im Larynx, unter 300 Frauen keinmal.

FINDER.

111) **Tapia** (Madrid). **Chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Tratamiento guirurgico dal cancer de la laringe.)** *Vortrag im Institut Rubio. April 1909.*

Verf. beschreibt die einzelnen Operationsverfahren von der endolaryngealen Operation bis zur Totalexstirpation und giebt die für jedes Verfahren zutreffenden Indicationen, sowie die nach den verschiedenen Statistiken erzielten Resultate an.

Seine persönlichen Erfahrungen sind folgende: Thyreotomie, zwei Fälle, einer geheilt, ein Recidiv. Halbseitige Exstirpation, drei Fälle, zwei Heilungen, ein Recidiv. Totalexstirpation, drei Fälle, ein Exitus an Bronchopneumonie acht Tage post operationem, ein Todesfall zwei Monate danach an intercurrenter Krankheit, der letzte lebt noch — 20 Monate nach der Operation — ohne Anzeichen von Recidiv.

TAPIA.

112) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Von dem Luftröhren-Schildknorpelschnitt bei Kehlkopfkrebs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 207. 1908.*

Verf. bedient sich in geeigneten Fällen zur Operation des Kehlkopfkrebses

des Luftröhren-Schildknorpelschnittes, und zwar pflegt er seit December 1900 die Luftröhrencanüle gleich nach der beendigten Operation herauszunehmen, um den Kehlkopf-Luftröhrencanal vollständig zu nähen. So werden die früher fast in allen Fällen, wo die Canüle 8—10 Tage liegen blieb, aufgetretenen Bronchitiden und schweren Complicationen vermieden. Verf. führt bei der Operation in das Innere der Luftröhre entweder eine gewöhnliche Canüle ein, deren äussere Fläche auf ein Minimum beschränkt ist, oder eine von der Seite abgeplattete Canüle, die dazu bestimmt ist, die Luftröhrenwunde auf ein Minimum zu erweitern und sie infolge dessen minimal zu traumatisiren.

Der Luftröhrenschnitt darf erst dann gemacht werden, wenn die Stillung der Blutung der während der Operation zerschnittenen Gewebe gesichert ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

113) **Finder** (Berlin). **Beitrag zur endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg. 1909.*

Der erste auf endolaryngealem Wege von Finder operirte Fall mit Carcinom des vorderen Theiles der Stimmlippe zeigte sich bei neuerlicher Untersuchung: 2 Jahre und 7 Monate nach dem letzten Eingriff, völlig recidivfrei. Ein zweiter bisher noch nicht publicirter Fall betrifft einen 72jährigen Herrn, bei welchem Finder eine epitheliale Neubildung am linken Stimmband mit der Zange so gründlich entfernen konnte, dass $1^1/_2$ Jahre nach dem Eingriff eigentlich von der früheren Erkrankung resp. den Folgen der Operation nichts mehr zu sehen war. Ein Unicum stellt der dritte Fall vor, eine nunmehr 76 Jahre alte Frau betreffend, die von Scheinmann im August 1891 endolaryngeal von einem Carcinom der linken Stimmlippe operirt worden war. Jetzt erst, nach 18 Jahren, trat an derselben Stelle ein Carcinom von demselben histologischen Charakter auf. Trotz dieser günstigen Resultate stellt sich der Autor doch auf den richtigen Standpunkt, dass für die endolaryngeale Operationsmethode sich nur eine beschränkte Anzahl von Fällen eignen wird.

SEIFFERT.

114) **Capart jr. Zur Laryngofissur. (A propos de Laryngofissure.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler, Sitzung vom 14. December 1907, erwähnt Capart im Anschluss an die Mittheilung Jouquet's in der vorhergehenden Sitzung einen Fall von tertiär-syphilitischer Larynxstenose, bei welchem beide Arytaenoidknorpel ankylosirt waren, und bei dem er vergeblich die Behandlung mit Glasröhren nach dem Vorgang von Mikulicz versucht hatte. Er erzielte aber die Heilung mit einer Hartkautschukröhre, welche der Kranke selbst durch die Trachealöffnung und den Larynx einführte. Dieselbe hatte an ihrem oberen Ende eine dreieckige Oeffnung, durch welche hindurch man beim Laryngoskopiren die Canüle erblicken konnte; im Anfange entfernte sie der Pat. beim Essen, später konnte er sie beständig ertragen; derselbe ist jetzt vollständig geheilt und spricht correct. C. fragt sich, ob man bei der Stenose des Larynx, die dem Chirurgen so viel zu schaffen macht, die seit langer Zeit in der Thierheilkunde für die Cornage der Pferde adoptirte Operation, welche in der Abtra-

gung eines Arytaenoidalknorpels nach einer bis in die kleinsten Details regulirten Methode besteht, nicht auch auf die Chirurgie des Menschen übertragen könnte, indem man das am meisten bewegliche Stimmband bestehen liesse, worunter die Phonation dann kaum zu leiden hätte.

BAYER.

115) **B. Fränkel** (Berlin). **Thyreotomie und Laryngofissur in Localanästhesie ohne allgemeine Narkose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 338 1908.*

Verf. berichtet, dass er seit einem Jahre die Laryngofissur und die Thyreotomie ohne allgemeine Narkose, lediglich mit Localanästhesie ausführt. Zur Localanästhesie dient entweder die Schleich'sche Infiltrationsmethode und schwache Lösungen von Cocain-Adrenalin (1 pCt. mit 3 Tropfen) oder Einspritzungen von 10 proc. Cocainlösung (0,02 g Cocain) ev. mit Zusatz von Adrenalin.

Zur Schleimhautanästhesie dient nach Besprayung mit 1 proc. Cocainspray Bepinselung mit 20 proc. Cocainlösung. Nach Entfernung des Tumors ist die Blutung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gering; bei etwas stärkeren Blutungen gelingt es meist, durch Compression die Blutung zu stillen. Meistens kann die Wunde des Kehlkopfes und der Haut sofort wieder geschlossen werden, nur in Ausnahmefällen muss eine Canüle der Blutung wegen eingelegt werden.

W. SOBERNHEIM (KLEMPERER).

116) **D. Crosby Greene. Laryngotomie und Laryngectomie wegen Carcinom nebst Bericht über vier Fälle. (Laryngotomy and Laryngectomy for cancer with report of four cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. Januar 1909.*

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass die Laryngotomie eine allgemeinere Anwendung finden möchte. Er operirt unter Cocain-Anästhesie und gibt vor der Operation zur Vermeidung des Shocks Atropin. Der Pat. liegt in horizontaler Lage, mit einem flachen Kissen unter den Schultern; ist der Larynx geöffnet, so wird Patient in extremste Trendelenburg'sche Lage gebracht und bleibt in dieser bis zum Schlusse der Operation. Verf. macht vor Durchtrennung der Schildknorpel die Tracheotomie. Das Larynxinnere wird von einer kleinen Incision in der Membrana hyo-thyreoidea aus cocainisirt. Nach Spaltung des Kehlkopfes, Ausräumung der Geschwulst und sorgfältigster Blutstillung werden die Knorpelplatten durch Silbernähte vereinigt, Muskeln und Haut in getrennten Schichten genäht und ein kleiner Gazestreifen in den unteren Wundwinkel gelegt. Patient wird nach der Operation zunächst rectal ernährt; das Fussende des Bettes wird hochgestellt.

LEFFERTS.

117) **A. Audibert. Beitrag zum Studium der partiellen und totalen Laryngectomie. (Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale.)** *Diss. Bordeaux 1908.*

In der unter der Leitung von Moure entstandenen fleissigen Dissertation giebt A. vorerst einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung der Laryngectomie und bespricht dann eingehend die verschiedenen Operationsme-

thoden, die Indicationen und Contraindicationen, die Heilungsresultate. 17 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

118) **J. W. Gleitsmann. Laryngectomie; Methode der künstlichen Hervorbringung der Stimme. (Laryngectomy; specimen. Method of artificial voice production.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Der Patient war ein 60jähriger Mann. Die Kehlkopfuntersuchung zeigte die linke Kehlkopfhälfte erfüllt von einer unregelmässig, anscheinend weichen Geschwulst, die sich unterhalb der Glottis nach unten erstreckte, und einem circumscripten erbsengrossen Tumor oberhalb des rechten Taschenbandes. Nur die linksseitige Geschwulst machte den Eindruck der Malignität; es wurde die Laryngotomie gemacht, die linke Seite gründlich ausgeräumt und das rechte Taschenband gleichfalls entfernt. Einige Wochen später zeigten sich bei der laryngoskopischen Untersuchung auch auf der rechten Seite irreguläre Geschwulstmassen, von denen einige endolaryngeal entfernt wurden. Es wurde die Totalexstirpation nach der Methode von Gluck gemacht; jedoch starb Patient am 7. Tage, wahrscheinlich an Lungenembolie.

Verf. schlägt vor, die laryngectomirten Patienten Uebungen vornehmen zu lassen, die auf die Hervorbringung der sogenannten Pseudo-Stimme hinzielen. Das erste Erforderniss für die Tonproduction ist die Schaffung eines künstlichen Luftbehälters. Die meisten Patienten lernen, sich dadurch eine Windlade zu schaffen, dass sie durch wiederholtes Schlucken Luft im Hypopharynx ansammeln. Dieser Luftbehälter befindet sich unterhalb eines Raumes, der willkürlich in Vibrationen versetzt werden kann und in dem mittels der von unten her ausgestossenen Luft ein Ton producirt werden kann.

EMIL MAYER.

119) **Arthur Lissauer** (Genesungsheim Hösel bei Düsseldorf). **Zur Technik der Kehlkopfbespiegelung mit Sonnenlicht.** *München. med. Wochenschr. No. 18. 1909.*

Autor empfiehlt die Bestrahlung mittels eines Hohlspiegels (Stirnreflector) durch den Arzt selbst vorzunehmen. Durch „die Concentrirung des Sonnenlichtes im Kehlkopfe ergiebt sich eine weit intensivere Bestrahlung bei kürzerer Zeit". Diese Belichtung erzielt gleichzeitig eine active Hyperämisirung. Man darf die Toleranzgrenze des Patienten nicht überschreiten und muss möglichst die Schmerzgrenze bei der Bestrahlung vermeiden.

HECHT.

120) **C. Nyrop** und **Victor Lange. Eine Larynxzange.** *Hospitalstidende. No. 31. 1909.*

Beschreibt eine neue Zange.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

121) **Gereda** (Madrid). **Ein neues Kehlkopfmesser. (Un nuevo bisturi laringeo.)** *Revista Ibero Americana de ciencias médicas. October 1908.*

Beschreibung eines neuen sehr practischen Instruments.

TAPIA.





## f. Schilddrüse.

122) **P. Cavatorti. Ueber die Structur der Schilddrüse. (Sulla struttura della ghiandola tiroida.)** *Il Morgagni. No. III. 1909.*

Verf. hat in Ergänzung früherer Arbeiten die Schilddrüsen von Personen untersucht, die aus Gegenden stammten, in denen der Kropf in verschiedenem Grade endemisch ist. Bei Personen aus der Mailander Gegend, wo der Kropf sehr verbreitet ist, ist in den Schilddrüsen ein viel grösserer Antheil von functionirendem Parenchym, als in der Gegend von Parma, die immun ist. FINDER.

123) **Rueda** (Madrid). **Kropf. (Bocio.)** *Archivo de oto-rino laringologia. No. 3.*

Mittheilung eines nach Kocher operirten Falles, an den Verf. klinische und physiologische Betrachtungen knüpft. TAPIA.

124) **A. Hamma. Ueber Morbus Basedowii.** *Dissert. Freiburg 1907.*

In dieser Arbeit werden eingehend die chemische Schilddrüsentheorie und die Berechtigung der Schilddrüsenoperation besprochen. OPPIKOFER.

125) **Schaldemose. Ueber die operative Behandlung des Morbus Basedowii. (Om den operative Behandling af Morbus Basedowii.)** *Medicinsk Selskabs Forhandlinger. Hospitalstidende. No. 40. 1909.*

Mittheilung von 20 operirten Fällen von Morbus Basedowii. Von diesen starben drei. Der eine hatte schwere Basedowkachexie, grosse Struma mit Stenose, die zwei anderen hatten schwere Dilatatio cordis. Nach einer kürzeren Verschlimmerung der Basedowzufälle kommt in der Regel eine schnelle Besserung. Verf. meint, dass man immer die medicinische Behandlung erst versuchen darf und dann, wenn man keine Resultate davon bekommt, zur Operation schreiten soll.

SCHMIEGELOW (MAHLER).

126) **R. Krueger. Die chirurgische Behandlung der Basedow-Krankheit.** *Diss. Berlin 1908.*

Verf. stützt seine Erfahrung auf 11 Fälle der Bier'schen Klinik. Als zweckmässigste operative Methode empfiehlt K. die einseitige Unterbindung der Gefässe und gleichzeitige halbseitige Exstirpation der Struma. OPPIKOFER.

127) **Clarence A. Mc Williams. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 3. April 1909.*

Verf. räth, in allen Fällen, bevor man eine Operation anräth, die Serumbehandlung nach Rogers und Beebe einzuleiten. Er beschreibt dann die verschiedenen Operationsverfahren und theilt einen Fall mit. LEFFERTS.

## g. Oesophagus.

128) **A. Skopnik. Ueber Epithelialcysten des Oesophagus.** *Dissert. München 1907.*

Der 2jährige Knabe war an rechtsseitiger Pleuritis im Anschluss an Kehlkopfdiphtherie gestorben. Bei der Section (Pathologisches Institut München) fand

sich im unteren Theil der Speiseröhre eine haselnussgrosse Blase (2 Abbildungen) mit etwas durchscheinender Wandung. Der Inhalt bestand aus einer trüben schleimigen Flüssigkeit, die mikroskopisch rundliche blasige gequollene Zellen und hohe cylindrische Epithelien mit deutlichem Flimmerbesatz enthielt. Die Innenfläche der Cyste war vollkommen glatt und trug ein cylindrisches bis cubisches Epithel, kein Plattenepithel. Unter dem Epithel liess sich eine dünne Schicht von lockerem Bindegewebe nachweisen; die äussere Hülle bestand grösstentheils aus glatten Muskelelementen. Gegen den Oesophagus zu war die Cyste vollkommen abgeschlossen; zwischen der musculösen Umhüllung und der Speiseröhre lag etwas lockeres Bindegewebe.

Berücksichtigung der spärlichen Literatur (8 Fälle). Die Genese der Oesophaguscysten wird eingehend besprochen: Die mit Flimmerepithel ausgekleideten Cysten des Oesophagus sind als Entwicklungsanomalien aufzufassen.

OPPIKOFER.

129) **Ewald** (Berlin). **Demonstration eines Röntgenbildes von Stenose der Speiseröhre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 377. 1908.*

Bei einem 39jährigen Mann mit einer Undurchgängigkeit 35 cm hinter den Schneidezähnen war die Sondirung in den Magen nur möglich, wenn man die Sonde ganz an die linke Innenwand des Oesophagus hielt. Ein Röntgenbild von hinten rechts nach links vorn nach Füllung mit Kartoffelbrei-Wismuth veranschaulicht, wie der Oesophagus auf der linken Seite gerade herunterläuft in eine Stenose. Darüber befindet sich nach rechts eine starke Ausbuchtung, das Divertikel. Ursache: Carcinom.

ALBANUS.

130) **Zuberbühler** (Moskau). **Die Elektrolyse bei narbiger Verengerung des Oesophagus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Der Verf. empfiehlt gegen narbige Verengungen des Oesophagus Elektrolyse mit nachfolgendem vorsichtigen Bougiren. Eine Kranke, die 17 Jahre lang an einer narbigen Strictur nach Scharlach litt, und ebenso eine Kranke, die eine narbige Verengung durch Verätzung mit Liquor ammonii caustici spirituosus bekommen hatte, wurden soweit gebracht, dass sie feste Nahrung zu sich nehmen konnten.

ALBANUS.

131) **Rewidzoff** (Moskau). **Ueber eine bis jetzt noch nicht beschriebene Erscheinung, die bei chronisch verlaufenden Stricturen der Speiseröhre beobachtet wird.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. 1908.*

Bekanntlich können beim Schlucken von Flüssigkeiten mittelst der Auscultation in einer bestimmten Speisenröhrengegend, und zwar hinten — bei der Wirbelsäule und auf dem Niveau der 9., 10. Rippe oder vorne — beim Processus xyphoideus des Sternums zwei Geräusche festgestellt werden.

Verf. hat nun ein Phänomen bei dieser Auscultation bei Patienten mit Speiseröhrenstrictur beobachtet, welches dadurch begründet ist, dass oberhalb einer Stenose ein Rest einer Schluckmenge einer getrunkenen Flüssigkeit zurückbleibt. Das Phänomen besteht darin, dass auscultatorisch nach dem ersten Schluck bei wiederholten Leerschlucken dieselben Geräusche hörbar wurden.

ALBANUS (ZARNIKO).

132) **Guisez. Unpassirbare Narbenstenosen des Oesophagus und Oesophagoskopie.** *Annales des mal. de l'oreille. T. XXXV. No. 9.*

Zusammenstellung von 35, theils ganz verzweifelten Fällen von unpassirbaren Narbenstenosen der Speiseröhre, die vom Autor auf ösophagoskopischem Wege behandelt und grösstentheils (28 Fälle) geheilt worden sind, mit nur 4 Todesfällen. Guisez hat Anfangs die interne Oesophagotomie gemacht. In letzterer Zeit wendet er ausschliesslich die circuläre Elektrolyse an, für die er ein eigenes Instrument angegeben hat. Den Gebrauch von Thiosinamin hält Guisez für gefährlich, weil dasselbe durch Auflockerung des parietalen Narbengewebes der Perforation des Oesophagus Vorschub leistet.

LAUTMANN.

133) **A. Martin** (Barcelona). **Die Oesophagoskopie und die Spasmen des Oesophagus. (La esofagoscopia y los espasmos del esofago.)** *Revista barcelonesa de enfermedadas de la garganta. No. 15.*

Verf. beschreibt 3 Fälle von Spasmen, wo die klinischen Erscheinungen auf Malignität deuteten; erst die Oesophagoskopie machte die Diagnose sicher.

TAPIA.

134) **Botey** (Barcelona). **Klinische Bemerkungen zur Oesophagoskopie. (Casuistica esofagoscopica.)** *Archivos de rinologia. No. 156.*

1. Schnalle im Brusttheil des Oesophagus bei einem 14 Monate alten Kind. Tod.

Ein Arzt machte blindlings Extractionsversuche. Acht Tage später machte Botey die Oesophagoskopie und konnte das Rohr bis zur Cardia schieben, ohne den Fremdkörper zu finden. Jedoch glaubte er in dem Moment, wo das Rohr die Sternalgegend passirte, eine Resistenz zu fühlen. Die Radioskopie ergiebt, dass der Fremdkörper noch vorhanden ist. Botey will eine neue Oesophagoskopie machen, aber das Kind bekommt Fieber (39°) und Emphysem am Hals. Exitus infolge Herzschwäche.

2. Knochen im Oesophagusmund; Extraction mittelst Hypopharyngoskopie.

TAPIA.

---

## II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Blumenfeld** (Wiesbaden), **Specielle Diätetik und Hygiene der Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1909, A. Hirschwald.

Die Erfahrungen, welche der Verf. in mehrjähriger Thätigkeit an der Heilanstalt Falkenstein im Taunus zu sammeln Gelegenheit hatte, konnte er ergänzen und vervollkommnen in einer langjährigen specialistischen Thätigkeit. Die erste im Jahre 1897 erschienene Auflage, die auf das Freundlichste begrüsst wurde (s. d. Blatt, 1898, S. 225), ist in wesentlicher Form vermehrt und umgearbeitet und wird, wie die erste, sich viele Freunde erwerben. Der Werth dieses Büchleins liegt nicht darin, dass der Verf. etwa alle seit dem Erscheinen der ersten Auflage

empfohlenen Nährpräparate anführt oder kritisch bespricht, sondern dass er für die Diätetik bestimmte Grundsätze aufstellt, die eine sichere Basis für das therapeutische Handeln auf dem Gebiete der Ernährungstherapie geben sollen. Ausser der Ernährungslehre sind natürlich auch die wichtigsten Fragen der Körperpflege, die Therapie einzelner Krankheitserscheinungen und Complicationen, die klimatische und psychische Behandlung, die Beziehungen des Berufes zu der tuberculösen Erkrankung und das Geschlechtsleben besprochen. In seinem Anhang finden sich noch spezielle diätetische Vorschriften und eine Tabelle zur Berechnung der Nährwerthsumme (nach Brechte). Seifert.

---

## b) 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg.

XXIII. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

I. Sitzung Montag, 20. September 1909.

Vorsitzender: O. Chiari (Wien).

O. Kren (Wien): Ueber Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen.

Während die Ophthalmologie, die Rhino-Laryngologie und die Otiatrie schon lange von der allgemeinen Medicin als specielle Fächer abgetrennt worden sind, ist die Stomatologie noch nicht zu einem selbstständigen Specialfach ausgebildet. Durch die Praxis ist eine gewisse Auftheilung dieses Grenzgebietes an die Laryngologen, Chirurgen und Dermatologen erfolgt. Um die gegenseitige Ergänzung der Kenntnisse zu fördern, beschäftigt sich Vortragender seit einigen Jahren mit dem Studium der Schleimhautläsionen bei Dermatosen. Um so freudiger folgt er deshalb der Aufforderung, einen Theil seiner Sammlung der Mundhöhlenerkrankungen der Abtheilung für Laryngologie vorführen zu können. Das Studium der Hautkrankheiten in ihrer Schleimhautläsion ist wegen verschiedener Momente schwierig: die bei vielen Hautkrankheiten oft maasgebenden Farbennuancierungen sind viel weniger deutlich. Die Einförmigkeit des Baues der Schleimhaut und die stete Maceration der entstandenen Efflorescenzen durch den Speichel, bringen im Aussehen der verschiedenen Primärläsionen eine gewisse Monotonie zu Stande, welche die Diagnose um so schwieriger werden lässt. Trotzdem ist es auch hier durch langjährige Uebung möglich, gewisse Kenntnisse zu erwerben und schliesslich auch Hauterkrankungen zu diagnosticiren, welche bloss auf der Schleimhaut localisirt sind. An der Hand von 50 bis ins feinste Detail ausgeführten Aquarellen von dem Wiener Maler Jacob Wenzl bespricht nun der Vortragende die Symptome und Differentialdiagnose des Erythema multiforme, Erythema urticatum, gewisser toxischer Erytheme und des Pemphigus. Von den weiteren Entzündungen werden noch Lichen ruber planus und Lupus erythematodes in zahlreichen Bildern demonstrirt. Von Acanthosis nigricans und Xeroderma pigmentosum werden ebenfalls einige Bilder projicirt und in kurzen Zügen das betreffende Krankheitsbild entworfen. Genauer geht der Vortragende auf die Betheiligung der Schleim-

haut bei Sklerodermie ein, die ebenfalls in zahlreichen Bildern vorgeführt wird. Die Sklerodermie ist eine Erkrankung, die fast regelmässig die Mundhöhle und besonders die Zunge befällt, was bis nun von allen Autoren geleugnet wurde. In den grösseren Arbeiten und Monographien über Sklerodermie findet man stets Angaben der besonders grossen Seltenheit der Schleimhauterkrankung. Nach Lewin und Heller, nach Notthafft wären es nur einige Procente, in welchen man eine Mitbetheiligung der Schleimhaut am sklerodermatischen Process vorfindet.

Durch sorgfältiges Studium dieser Erkrankung am reichen Materiale der Wiener Klinik hat sich jedoch erwiesen, dass diese Meinung fallen gelassen werden muss. Der Vortragende bespricht nun die an sich allerdings oftmals recht unscheinbaren, aber im späteren Verlaufe schwer störenden Krankheitserscheinungen an der Schleimhaut und Zunge, die durch die blosse Functionsstörung allein schon erkannt werden kann. Ferner werden noch Abbildungen gewisser Missbildungen, die Haut und Schleimhaut oft gleichmässig treffen, demonstrirt.

Naevus Pringle, Neurofibromatosis Recklinghausen und multiple Teleangiectasien sind hier die relativ am häufigsten in Betracht kommenden Affectionen. Schliesslich demonstrirt der Vortragende noch Xanthome bei Diabetes, auf der Schleimhaut localisirt, in Knoten- oder Streifenform, sowie einige Bilder von Sarcoma idiopathicum Kaposi, das in grossen und kleinen Knoten, wie in flachen Infiltraten die Schleimhaut befällt.

O. Chiari (Wien): Ueber Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase.

Chiari lässt die Nasenblutungen weg, weil dieselben schon so vielfach nach allen Seiten eingehend erörtert wurden. Auch bringt er nur Erfahrungen aus seiner Klinik und seiner Privatpraxis und berücksichtigt nur jene Fälle, welche nicht der grossen Chirurgie angehören.

Blutungen aus dem Nasenrachenraum wurden spontan nur bei Angiofibromen, Sarkomen und Carcinomen beobachtet. In schweren Fällen musste die Belloc'sche Tamponade angewendet werden. Zur Vermeidung von Blutungen und Nachblutungen infolge der Adenotomie wird die genaueste Untersuchung des Patienten auf alle zu Blutung neigenden Erkrankungen zur Pflicht gemacht. Bei jährlich 800 Adenotomien in der Klinik kamen in nahezu 9 Jahren nur 6 stärkere Nachblutungen vor, welche aber theils spontan, theils nach Belloc'scher Tamponade aufhörten.

Blutungen aus dem Rachen und dem Isthmus faucium kamen bei zerfallenen Neubildungen manchmal zur Beobachtung. Stillung durch Eispillen oder Galvanokaustik. Näher wird eingegangen auf die seltenen Fälle schwacher, aber oft sich wiederholender Blutungen aus ausgedehnten Venen, über welchen katarrhalische Erosionen liegen. Sie ängstigen den Patienten, weil sie Lungenblutungen vortäuschen, welche auch öfters in ähnlicher Weise beginnen. Genaue Untersuchung der Lunge, welche ja gewöhnlich der Ursprungsort solcher Blutungen ist, sowie aller oberen Luftwege, auch der Nase, des Gaumens, des Zahn-

fleisches, des Zungengrundes, ist unbedingt nöthig. Heilung durch galvanokaustische Verätzung der arrodirten Vene. Schliesslich werden zwei Fälle von Angiomen des harten Gaumens beschrieben, welche auch Lungenblutungen vortäuschten, sehr schwer zu finden waren und durch Aetzung geheilt wurden.

Blutungen nach der Tonsillotomie. Bei jährlich 600 solcher Tonsillotomien kam es in 9 Jahren zu keiner tödtlichen, wohl aber 27mal zu recht bedrohlichen Blutungen. Meistens waren es spritzende Arterien des Gaumenbogens. Die Blutstillung gelang theils durch Eispillen, theils durch Galvanokaustik, am häufigsten durch das Tonsillencompressorium, welches bis zu 12 Stunden liegen blieb. Chiari warnt vor Tonsillotomie bei Menschen über 45 Jahren, bei frischer Entzündung der Mandeln und bei allen zu Blutungen disponirenden Erkrankungen. Ueber die Tonsillectomie hat Chiari nur sehr unbedeutende Erfahrung.

Blutung nach Incision von peritonsillären Abscessen. Eine gefährliche Blutung beobachtete Chiari nur einmal bei einem jungen, an Masern erkrankten Privatpatienten. Nach Incision an der gewöhnlichen Stelle trat Blutung aus einer Vene des vorderen Gaumenbogens auf, welche durch Umstechung gestillt wurde. Es werden auch die nothwendigen Vorsichtsmaassregeln bei der Incision solcher Abscesse erörtert.

Blutungen aus dem Kehlkopfe kamen nie in gefahrdrohender Weise vor, ausser bei zerfallenden Carcinomen, doch konnten auch diese durch galvanokaustische Aetzung oder Betupfung mit Wasserstoffsuperoxydlösungen beherrscht werden. Sonst kam nie, weder spontan, noch auch nach intralaryngealen Operationen, noch auch nach Geschwüren oder Quetschungen eine gefahrdrohende Blutung zur Beobachtung. Interessant war ein Fall von spontanen, geringen Blutungen aus einer Erosion in der Gegend des Ringknorpels; diese Erosion konnte erst nach öfterer directer Tracheoskopie aufgefunden werden und wurde unter Leitung des Kehlkopfspiegels verätzt. Heilung.

Blutungen aus der Trachea wurden bei Carcinom spontan oder auch nach tracheoskopischer Exstirpation von Carcinom oder Cylindrom beobachtet, waren aber leicht zu beherrschen. Einige Fälle von Durchbruch eines Aneurysmas in die Trachea führten natürlich zur Verblutung.

Discussion:

Nadoleczny (München) verweist auf die Arbeit eines englischen Autors in den Archives of Laryngology, der sich der Mühe unterzogen hatte, sämmtliche Fälle von Blutungen bei Supratonsillarabscessen etc. zusammenzustellen und zu klassificiren. Nach Incision von anderer Seite sah Redner bei einer älteren Dame zwei Nachblutungen, die beide bei Nacht und spontan am 3. und 4. Tage nach dem Eingriff aufgetreten waren und spontan standen. Eine merkwürdige Blutung ohne vorhergegangenen Eingriff bei einer 60jährigen Patientin nach überstandener Diphtherie kam von der seitlichen Rachenwand hinter dem Gaumenpfeiler etwa 1—2 cm oberhalb des Gaumensegelrandes, recidivirte mehrmals täglich während einer Woche und stand schliesslich — ob post hoc oder propter hoc ist fraglich — nach der von chirurgischer Seite vorgenommenen Retronasaltamponade. Patientin

machte darauf eine hypostatische Pneumonie durch und starb infolge einer Nephritis, deren Vorhandensein zur Zeit der Blutung nicht nachweisbar war. Bei einem 6jährigen Mädchen trat schliesslich nach glatt erfolgter Adenotomie mit Schütz'schem Instrument in der Nacht vom 5. zum 6. Tage eine starke Blutung auf, die auf Suprareninspray stand und nicht mehr wiederkam. Die spätere postrhinoskopische Untersuchung ergab einen ganz kleinen Rest am oberen (nicht unteren) Wundrand, der livid verfärbt war, wie es Stegmann im 21. Band vom Archiv of Laryngology angiebt. Schliesslich fragt N. an, ob der Vortragende Nachblutungen nach Schlitzung von Tonsillentaschen gesehen habe, wie sie ihm zweimal vorkamen, und zwar bei weiblichen Patienten einmal von 24stündiger, einmal von 12stündiger Dauer. Blutstillung durch Injection von Suprarenin in das Tonsillargewebe. Auf Anfrage des Vortragenden, warum er ein Gegner der digitalen Untersuchung auf Rachenmandelhyperplasie sei, erwiderte er, dass ihn hiervon hauptsächlich der psychische Effect der Untersuchung bei Kindern abhalte. Solcherweise untersuchte Kinder sind nachher kaum mehr zu untersuchen und zu behandeln. Deshalb sollte man immer postrhinoskopisch oder eventuell nach Anwendung von Suprarenin von vorne den Nasenrachenraum untersuchen und die digitale Methode auf die wenigen Fälle beschränken, deren Untersuchung anders nicht möglich ist.

Grünwald (Reichenhall-München): Die Vortäuschung von Hämoptoe durch Retronasalblut erfolgt in der Weise, dass das Blut entlang der Plica salpingopharyngea direct, wie in einer Rinne, unter die Plica ary-epiglottica zur Rima interarytaenoidea fliesst, ein Weg, den auch das Secret einschlägt und den man oft aufs genaueste beobachten und dadurch den Ursprung nachweisen kann. Dass die nach Stichelung eines Supratonsillarabscesses erfolgte Blutung nicht auf die Operation an sich zurückzuführen ist, ist im berichteten Falle klar; weniger verständlich, wie die von J. Killian und Grünwald angegebene Sondeneröffnung dieser Abscesse noch immer nicht durchgedrungen ist, obgleich mit diesem Verfahren die Coupirung der Entzündung gelingt, auch bevor noch Eiter sich deutlich gebildet hat. Seltene Ursachen von Blutungen sind solche wie Arteriosklerose in dem seiner Zeit berichteten Fall mit tödtlichen Ausgang nach der Abtragung eines Stimmbandpolypen, ferner septische Gefässlähmung bei Diphtherie, so dass die Blutung nur durch Compression mit den unpermeablen Penghavar Dijambi-Tampons gestillt werden konnte. Auch bei galvanokaustischer Zerstörung eines Sarkoms und bei Tuberculose im Kehlkopfe hat Grünwald Blutungen erlebt, zu deren Stillung bei Sarkom einmal sofortige Laryngofissur mit Tamponade nöthig wurde. Für letztere Eventualität hat sich die Compression der Art. thyreoidea sup. mittelst der auf dem I. internationalen Laryngologen-Congresse angegebenen Handgriffe jedesmal als wirksam erwiesen. Aneurysmen der Art. palat. ascend. sind noch fast jedesmal für Abscesse angesehen und angeschnitten worden, natürlich mit der Wirkung starker Blutung. Die Diagnose ist nämlich nicht leicht, da die Schleimhaut unverändert und Pulsation meist minimal ist. Ueber die erste Beobachtung dieser Art wurde seiner Zeit (1872) berichtet. Die neuerlich empfohlene Serumanwendung hat sich in einem Falle mit unstillbarer post-

operativer Nasenblutung als sehr wirksam erwiesen, so dass sie neuerlich zur Nachprüfung empfohlen werden kann.

G. Goldschmidt (Reichenhall): Unter den Tonsillotomien meiner Praxis erlebte ich bei einem 12jährigen Mädchen eine furchtbare Blutung. Dieselbe trat erst mehrere Stunden nach der Operation auf. Ich wurde zu einer angeblichen Magenblutung Nachts gerufen. Ich bestrich die blutende Wunde mit Adrenalin und die Blutung stand sofort. Seit dieser Zeit pflege ich jeder blutigen Operation in den oberen Luftwegen Adrenalinbepinselungen folgen zu lassen und habe dies nicht zu bedauern gehabt.

Th. S. Flatau (Berlin): Wie wichtig die Berücksichtigung des allgemeinen Status ist, beweist ein Fall von obturirenden Nasenpolypen bei einer hämophilen Patientin, wo F. die Operation ablehnte; sie wurde dann anderwärts operirt — mit tödtlicher Verblutung. F. hat auch mehrfache Unterbindungen von spritzenden Arterien nach der Tonsillotomie machen müssen, was ja der einfachste und sicherste Weg ist. F. erwähnt dann noch einige Fälle von Lungenblutungen bei larvirtem Keuchhusten und diejenigen nach stimmlichen Anstrengungen bei Sängern und Sprechern.

A. Heindl (Wien): Was die Blutungen nach Adenotomie aus Nase und Nasenrachenraum anbelangt, so hat Vortragender die Bemerkung gemacht, dass sie meistens dann erfolgte, wenn mit Zangeninstrumenten gearbeitet und der Vomer verletzt wurde. Dort läuft die Arterie und findet der Vomer eine häufige Fortsetzung über das Rachendach, so wird auch dort die Arterie noch mit dem Beckmann'schen oder anderen Messern erreichbar. Redner pflegt aber, wenn möglich, sich vor der Operation durch Digitaluntersuchung über die Anatomie des Nasenrachenraumes zu orientiren.

Was den Fall einer Blutung nach Incision eines Peritonsillarabscesses anbelangt, so wurde die Incision vom Redner gemacht. Die Blutung erfolgte, weil Morbillen und die anderen infectiösen acuten Exantheme immer mit Gefässparalyse resp. Herabsetzung des Gefässtonus einhergehen. Wenn es zu vermeiden gewesen wäre, hätte Redner auch in diesem Falle den operativen Eingriff nicht vorgenommen.

O. Kahler (Wien) berichtet über einen Todesfall nach Tonsillotomie, der auf Combination eines compensirten Vitium cordis mit Status lymphaticus zurückzuführen war. Nachblutung war nicht aufgetreten.

Chiari (Schlusswort) erklärt, dass er Killian's Methode der Eröffnung der Peritonsillitis durch die Fossa supratonsillaris oft versuchte, aber nur selten in den Eiterherd gelangte. Das Adrenalin vor der Tonsillotomie ist nicht angezeigt, weil es die Blutgefässe für 3 Stunden contrahirt; man kann dann unmittelbar nach der Operation eventuell gar keine Blutung finden, während sie 3 Stunden später beginnt. Chiari ist für digitale Untersuchung vor der Adenotomie, weil sie Aufschluss giebt über alle Verhältnisse und namentlich über bedeutendes Hereinragen der Tubenwülste. Diese könnten sonst durch ein breites Adenotom verletzt oder theilweise abgetragen werden. Chiari beobachtete zwei solche Fälle ohne Nachtheil für das Ohr (einen eigenen und einen fremden). Eine Infection durch den Finger wird vermieden durch Desinfection des Fingers und Anwendung

eines sterilen Fingerlings. Nach Schlitzung der Mandellacunen beobachtete Ch. nie eine nennenswerthe Blutung.

O. Kahler (Wien): Klinische Beiträge zur Oesophagoskopie und Bronchoskopie.

Der Vortragende bespricht zunächst die an Hofrath Chiari's Klinik geübte Technik der Oesophagoskopie und die bei der Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre erzielten Erfolge. In den letzten acht Jahren konnten 89 Fremdkörper durch das Oesophagoskop gesichtet werden, 81 mal gelang die Extraction durch das Oesophagoskop, in 8 Fällen wurden die Fremdkörper gelockert und glitten in den Magen. Nach kurzer Besprechung der tracheo-bronchoskopischen Fremdkörperfälle (16 gelungene Extractionen) erörtert Redner die Bedeutung der Bronchoskopie für die interne und die chirurgische Klinik. Angeregt durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Prof. Stoerk's konnte er bronchoskopisch in Fällen von Mitralstenose erhebliche Verengerungen des linken Bronchus constatiren, die durch den vergrösserten linken Vorhof verursacht wurden. Durch das Bronchoskop konnte in zwei Fällen von Aortenaneurysmen und in einem Falle von Mediastinaltumor ein fast vollständiger Trachealverschluss constatirt werden; dadurch war die Indication zur Anlegung einer Bronchusfistel (nach dem Vorschlage Gluck's) gegeben. In dem einen Falle konnte die Auffindung eines grösseren Bronchus dem Chirurgen durch das während der Operation eingeführte bronchoskopische Rohr erleichtert werden. In allen Fällen besserte sich die Dyspnoe nach der Operation, doch überlebte die Patientin dieselbe nur um kurze Zeit (bis zu vier Tagen).

A. Heindl (Wien): Bronchoskopische Mittheilung.

Vortragender bespricht einen Fall von Stenosirung der Trachea durch einen in der Gegend des dritten Trachealringes von links und rückwärts hineindrängenden Tumor mit glatter gut vascularisirter Schleimhautoberfläche, dessen Natur und Grösse er durch die directe Tracheo-Bronchoskopie feststellen wollte, wobei Pat. eine plötzliche Asphyxie erlitt, welche nur durch sofortige Vornahme der Tracheotomie behoben werden konnte. Der Tumor war ein durch Druck und Zug an der Trachea Volumsschwankungen unterliegender cystoid degenerirter Antheil einer Struma, welche von rückwärts und seitwärts her die Trachea comprimirte. Ausserdem stellte sich später heraus, dass die chondromalacisch veränderte vordere Trachealwand aspirirt worden war. Auch fand sich ein substernaler zweiter Knoten, der sich später entwickelt und die vordere Wand eingedrückt und erweicht haben dürfte, da der Patient später wieder asphyktische Anfälle erlitt und 4 Monate nach der Tracheotomie in der Nacht einem Anfalle cardialer Dyspnoe, trotzdem er die Canüle trug, erlag. Daraus zieht Vortragender folgende Schlüsse: 1. Dass man, wie Killian schon erwähnte, derlei Untersuchungen, wenn es sich um Stenosen der Trachea oder der grossen Bronchien handelt, nur vornehmen soll, wenn zur Tracheotomie vorbereitet ist oder, wie Autor vorschlägt, in der Narkose, um den Widerstand des Patienten, seine Muskulatur und die leichte Erregbarkeit des Athmungscentrums auszuschalten. 2. Dass man bei Stenosen, bedingt durch Narben oder Geschwülste, besonders wenn diese von aussen kommen, immer

mit einer partiellen oder allgemeinen Erweichung der Trachealwand zu rechnen haben wird und deswegen schon die obige Forderung aufrecht bleiben muss. 3. Mehr als die harten, derben Geschwülste (Carcinom, Drüsentumoren) kommen als Hinderniss für die directe Tracheo-Bronchoskopie die durch Druck und Zug der Muskulatur, durch venöse Stauung vom Cor aus leicht einer Volumsveränderung unterliegenden cystischen nnd blutreichen Geschwülste in Betracht, wozu in erster Linie die Strumen zu zählen sind. 4. Nimmt die Stenose während der Untersuchung zu, so darf das Rohr nicht den Rückweg antreten, sondern muss tiefer geführt werden, resp. liegen bleiben, bis die Tracheotomie vollzogen ist. 5. Die Erweichung der Trachealwand wird Axendrehung und Aspiration häufig zur Folge haben. 6. Dass viele Asphyxien mit aber auch ohne Stenosirung der Trachea auf Rechnung der erworbenen oder habituellen Weichheit derselben zu setzen sind und durch Zug und Aspiration infolge forcirter Athmung zu Stande kommen. a) Erworben kann sie sein durch Geschwülste in- und ausserhalb der Trachealwand gutartiger und bösartiger Natur, durch acute und chronische Entzündungen (durch Syphilis und andere dyskrasische Allgemeinerkrankungen, durch Narben und Canülendruck [Pieniaczek]). b) Habituell kann sie sich finden bei Anämie und Unterernährung (hereditäre Lues), besonders aber im Kindesalter, daher auch hierbei häufig die bedrohlichen Erscheinungen bei Pertussis etc.

## II. Sitzung Dienstag, 21. September 1909.

Vorsitzender: Th. S. Flatau (Berlin).

### Th. S. Flatau: Zur Behandlung der phlegmonösen Angina.

Jeder erfahrene Practiker wird zugeben, dass in der poliklinischen und auch in der privaten Therapie der phlegmonösen Angina die Situation für uns Aerzte im Leben nicht so einfach ist, wie es nach dem chirurgischen Satz: „Ubi pus ibi evacua“ scheinen könnte. Weder ist immer die Localisation des phlegmonösen Processes an den einzelnen Stellen des lymphatischen Rachenringes so deutlich, dass Täuschungen bei der Incision ausgeschlossen sind, noch sind die klinischen Zeichen der Differenzirung und Fluctuation immer so eindeutig, dass der berechtigten Incision auch wirklich immer eine Entleerung des Eiters folgt. Wenn nun auch die Erwägungen mancher Lehrbücher zutreffen mögen, dass auch eine solche Incision, um eine Entspannung herbeizuführen, willkommen sei, so wissen wir doch, dass die nicht zu unterschätzenden Qualen unserer Patienten in diesem Falle recht wenig günstig beeinflusst werden. Der Hungerzustand bleibt bestehen und zu den wüthenden Schmerzen des phlegmonösen Processes summirt sich der Wundschmerz. Auch wird das Vertrauen zu dem Therapeuten nicht gehoben. Wenigstens habe ich häufig in meinem Ambulatorium so vorbehandelte Patienten gesehen, die aus der Behandlung ihrer Aerzte weggeblieben waren. Nicht zum wenigsten fallen unter diese Kategorie der Enttäuschten diejenigen, die gewöhnt sind, ein- oder mehrmals von solchen Phlegmonen befallen zu werden. Manche Collegen sind von der frühen Incision ganz und gar abgekommen. Sie warten nach der Väter Sitte unter Verwendung von Hitze und Grütze die grosse Prominenz und Fluctuation ab und incidiren spät.

Aber auch diese Methode, bei der die Qual des Patienten vermehrt wird und der Inanitionszustand recht übel wirkt, hat noch eine besondere, ihr innewohnende Gefahr, die sich gerade mit der Spätincision verbindet, das ist die Arrosion der Arterienwand. Ich habe einen solchen Fall bei einem 4jährigen Kinde in meinem Ambulatorium erlebt. Bei einer grossen phlegmonösen, fluctuirenden Verschwellung, die keine besondere Pulsation zeigte, wurde die übliche Incision gemacht mit sofortigem Exitus durch Carotisblutung. Der unglückliche Ausgang vollzog sich in weniger als einer Secunde, ehe man an Compression denken konnte. Von jeher war es wohl der Wunsch der Therapeuten, eine coupirende Methode der Behandlung zu besitzen, wobei schon in den Frühstadien eine Rückbildung des Processes bewirkt werden sollte. Eine sehr einfache Behandlungsmethode, die ich seit vielen Jahren ausübe, bezweckt, wie sich aus den folgenden Ausführungen ergeben wird, nicht der Incision und Entleerung des Secretes auszuweichen, aber sie macht sie in der That oft unnöthig, weil sie einen Stillstand und eine Rückbildung des Processes bewirkt. Die Behandlung setzt sich aus zwei Eingriffen zusammen, von denen der eine eben jenen Stillstand durch Rückbildung des Processes selbst zu bewirken versucht, der andere die etwa dort nothwendige Entfernung des Secretes sicher und gefahrlos zu gestalten bestrebt ist. Jene Absicht erfüllt die dem Sonderzweck angepasste Stauung; sie wird ausgeführt durch einen einfachen Apparat, bei dem je nach dem Sitze des Processes die Stellen der seitlichen Halsgegend nach oben bis zur Umgebung der Ohrmuschel, nach unten und vorne bis zum Ansatz der Kopfnicker in der Weise behandelt werden, dass eine besonders energische und langdauernde Durchströmung der Hauptpartien unter dem Stauglase erzeugt wird. Hierzu dient ein Apparat, dessen Glastheil ein oben geschlossenes Zuflussrohr enthält, das nur an einer Seite eine Oeffnung besitzt. Auf ihr sitzt ein kegelförmiger Gummistopfen, der ebenfalls eine seitliche Oeffnung besitzt, die diejenige des Glasrohres deckt, während der comprimirte Gummiballon aufsitzt und die Aspiration vollzieht. Wird der Gummistopf danach um seine Achse gedreht, so bildet er ein sicher schliessendes Ventil und der Gummiballon kann entleert werden. Je nach der Schwere und Ausbreitung des Processes werden ein bis drei Stück solcher Glasballons angesetzt. Sie bleiben bis zu einer Stunde liegen. Entweicht etwas Luft, so wird immer nachgesaugt. Die gesammte Application geschieht nach der Schwere des Processes zwei- bis dreimal täglich. Neben der rückbildenden Kraft auf den Process selbst ist die günstige Wirkung auf die Schmerzen und auf das Allgemeinbefinden hervorzuheben. Selbst in Fällen, die incisionsreif erschienen, kann während der Application gut geschluckt werden. Es liegt auf der Hand, wie wichtig es ist, diese im Moment eintretende Wirkung für die Nahrungsaufnahme auszunützen. In diesem Sommer, wo eine grosse Zahl von Phlegmonen in Berlin zur Beobachtung kam, hatte ich zufällig an einem Tage das Geschick, viermal zu schweren phlegmonösen Fällen consultirt zu werden. Bei allen diesen Fällen war die augenblickliche Wirkung in diesem Sinne von den behandelnden Collegen mit Staunen und von den Patienten mit grosser Befriedigung aufgenommen worden. Das andere Hülfsmittel zur Sicherstellung der Incision ist auch einfach und alt genug. Es ist die Probepunction. Ein genügend langer, je nach der Lage der Schwellung passend abgeboge-

ner Troicart bleibt während des Einstiches mit der Glasspritze in Verbindung. Der Einstich selbst ist im Vergleich zur Incision so wenig schmerzhaft, dass man keine Schwierigkeiten hat, ihn mehrfach an verschiedenen Stellen und Tiefen zu wiederholen. Wird nun an einer Stelle Eiter gefunden, so kann das Instrument in der Einstichstelle liegen bleiben und wie eine Sonde benützt werden. Die Incision selbst wird dann mit einem zweischneidigen Messer und geeigneten Scheeren angeschlossen. Ich möchte Ihnen nach meinen — durch viele Jahre fortgesetzten — Beobachtungen mein Verfahren an dieser Stelle dringend empfehlen. Ich bin gewiss, Sie und Ihre Patienten werden damit wohl zufrieden sein.

Chiari betont, dass er die Saug- und Aspirationstechnik bei Angina phlegmonosa für sehr zweckmässig finde und nicht anstehe, sie bestens zur Erprobung zu empfehlen.

## III. Combinirte Sitzung mit der Abtheilung für Otologie.

Vorsitzender: L. Grünwald (Bad Reichenhall-München).

Th. S. Flatau (Berlin): Ueber einen neuen Apparat zur Messung der Stimmstärke (Stimmstärkemesser nach Flatau und Wethlo).

Der Wunsch nach einem objectiven Maass für die Stimmstärke wurde für mein Arbeitsgebiet nicht nur durch theoretische Erwägungen hervorgerufen, sondern auch durch die dringenden Erfordernisse der phonetischen Praxis. Bei der Behandlung der functionellen Stimmstörungen ist in der Mehrzahl der Fälle auch nach der Herstellung der normalen Intonationsbewegung eine Ueberwachung der Patienten nothwendig. Es darf zunächst noch nicht mit beliebiger Stärke und auch nicht zu lange hintereinander phonisch gearbeitet werden. Auch die Beanspruchung der Höhe erfordert noch Vorsicht. Nach allen drei Richtungen werden häufig Fehler gemacht, sowie die Patienten sich selbst überlassen sind. Oft treibt sie der Wunsch, bald zu schnell wieder zu Bühnen und Concertleistungen zu gelangen, zu hastig vorwärts. Dann ist es gar zu verführerisch für sie, in der neu gewonnenen Klangfülle zu schwelgen und endlich verwechseln sie auch gar häufig Tragfähigkeit und Intensität. Von den bisherigen Versuchen ist Lucae's Phonometer am bekanntesten. Bei diesem Apparate wird der Winkel gemessen, um den ein pendelnd aufgehängtes Glasplättchen durch den phonischen Luftstrom aus seiner Ruhelage abgelenkt wird: es ist also einem Anemometer ähnlich. Zwaardemaker hat bereits treffend darauf hingewiesen, dass die Verschiedenheit des Luftaufwandes bei der phonischen Arbeit den Werth dieses Systems herabsetzt. Für unseren Zweck, wo es sich oft um noch ungeübte Sänger und Redner handelt, war dieser Weg von vorneherein aus diesem principiellen Grunde ungangbar. Da der Kunstsänger schon verhältnissmässig früh die Fähigkeit hat, Intensitätsveränderungen vorzunehmen, bei denen weniger die transportirte Luft in Betracht kommt, als die gewählte Hauptrichtung, die er durch den Typus und die Variationen seiner Kunstathmung den Schallstrahlen anweist, so versprach auch die Berechnung der Energie mit Hülfe der transportirten Luftmenge und dem subglottischen Luftdruck keinen practisch constructiven Erfolg. Die neuen Versuche Stephanini's, wobei durch galvanometrische Messung mikrophonischer Ströme

eine Art von Aichung der persönlichen Stimmstärke ermöglicht wird, sind bei dem Abschlusse unserer Construction durch ausführliche Beschreibung erst bekannt geworden. Bei meinen persönlichen Erfahrungen, die ich gerade in den letzten Jahren bei Mikrophonen hinsichtlich einer anderen Versuchsreihe gesammelt habe, scheint mir aber die Empfindlichkeit und Inconstanz der Mikrophone nicht günstig für die Herstellung eines einfachen auch für den Gebrauch des Patienten bestimmten Apparates. Für unseren Zweck musste auch von dem Mittel der photographischen Fixation der Membranbewegungen durchaus abgesehen werden. Dazu kommt letzthin der Einwand Zwaardemaker's, der die Methode nachgeprüft hat. Er bemerkt, dass es nothwendig sei, das Mikrophon vorn durch eine möglichst dünne Mikaplatte zu schützen, da sonst die unmittelbare Wirkung der Luftbewegung nicht abgehalten werden könne. Es liegt auf der Hand, dass damit die Empfindlichkeit des Apparates wieder herabgesetzt wird. An unserem Apparate, den ich hier zum ersten Male zu demonstriren mir erlaube, verwerthen wir die Veränderungen, die bei der Besingung einer Membran aus feinstem, wenig gespanntem Condomgummi dadurch entstehen, dass ein ausserordentlich feiner Sandstrahl auf sie fällt. Statt feinsten Seesandes, der hier verwendet wird, kann auch besonders fein gemahlenes und exact gesiebtes Ziegelmehl benützt werden. Die Membran ist nun so gestellt, dass von dem Anfallspunkte in der Ruhe sich eine bergähnliche Sandfigur nach unten ansammelt, deren Grundfläche auf einer kleinen flach vorspringenden Metallzunge gehalten wird. Wird nun die Membran in Schwingungen versetzt, so sehen Sie, dass eine Bewegung zwischen dem Anfallspunkt und der Bergspitze sichtbar wird, wobei mit wachsender Intensität der Stimme auch die Entfernung zwischen Anfallspunkt und Bergspitze sich vergrössert. Wird diese Entfernung für einen Sonderfall bestimmt, so genügt in der Praxis bereits die einfache Anordnung, dass bei den Uebungen die so bestimmte lineare Grösse nicht überschritten werden darf. Die Schallwellen werden durch ein einfaches Schallrohr aufgenommen, in deren Mitte sich, wie Sie sehen, noch eine einem Diaphragma ähnliche Einrichtung befindet. An dieser Stelle ist, wie Sie sehen, noch eine zweite Möglichkeit gegeben, durch Abblendung der externen Schallstrahlen die Einwirkungsmöglichkeit auf den Endmechanismus zu erschweren, so dass also grössere Intensitäten aufgeboten werden müssen, um das gleiche lineare Maass der Entfernung vom Auffallspunkt zur Bergspitze bei der phonischen Action zu erhalten. Wenn der Apparat abgelaufen ist, ermöglicht ein einfacher Mechanismus, ihn sofort wieder durch eine Drehung in die Functionsstellung zu bringen, ohne dass von dem rieselnden Material etwas verloren geht. Ebenso ist leicht ersichtlich, dass der Apparat gleichzeitig als Zeitmesser dienen kann. Man ordnet dann eben neben der Ausdehnung der zugelassenen Uebungen für die Stärke, Höhe an, dass sie jedesmal für eine bestimmte Zahl von Umdrehungen zugelassen werden. Bei diesem Apparat ist für die Zwecke der Demonstration der Abschluss durch eine gewöhnliche Glasscheibe gegeben. Sie ist sonst durch eine Mattscheibe ersetzt. Die Bewegungen, auf die es ankommt, die Arbeit und Beeinflussung des Endmechanismus wird in einem Spiegel beobachtet, der während der phonischen Arbeit dem Auge bequem zugänglig ist. Physikalisch wird bei unserer Combination von den Veränderungen der Cohäsion der Sandtheilchen und

von denen der Adhäsion dieser Körperchen zur Membran Gebrauch gemacht. Wird der Apparat — am besten mit Verwendung einer Libelle — richtig eingestellt, so lässt sich die Constanz seiner Arbeit leicht demonstriren. Was die Dimensionen der Membran (30 mm Durchmesser) anbelangt, so hoffen wir damit für alle Fälle auszukommen. Es steht natürlich nichts im Wege, für Kinder und besondere Zwecke, namentlich für Kinderstimmen empfindlichere Sonderexemplare in kleineren Dimensionen einzustellen. (Folgt die Demonstration des Apparates.)

L. Grünwald (Reichenhall-München): Der Recessus ethmolacrymalis.

Bei der Untersuchung des Kieferhöhlenostiums von der Lateralseite her bemerkt man sehr häufig einen vom Thränenbein und dem vordersten Theil der Papierplatte bedeckten, mitunter sehr grossen Recessus. Derselbe hängt mit der Kieferhöhle oder dem Hiatus semilunaris, noch öfter mit beiden zusammen und ist entwickelungsgeschichtlich als lateralster Theil der Fissura ethmoidalis lateralis (Schönemann) aufzufassen. Oft besteht ein Zusammenhang mit „Hiatuszellen"; einmal stellte der Recessus auch einen unmittelbaren Uebergang zwischen Stirn- und Kieferhöhle her, so dass an Stelle der drei Einzelhöhlen ein einziger grosser Raum vom Stirnhöhlendach bis zum harten Gaumen sich erstreckte. Die im Original nachzulesenden näheren anatomischen Verhältnisse werden an den Abbildungen einer grösseren Anzahl von Präparaten demonstrirt. Die klinische Bedeutung des Recessus beruht darin, dass er 1. eigenes Secret oder solches von Stirnhöhle oder Hiatuszellen in die Kieferhöhle abführt, so dass sie inficirt wird; 2. dass solches Secret vor dem Ostium maxillare lagert, wodurch eine Erkrankung der Kieferhöhle, sogar bei directer Untersuchung, vorgetäuscht wird; 3. erklärt sich die Schwerheilbarkeit vieler Fälle von Kieferhöhlenentzündungen durch Secretretention in einem Recessus ethmoidalis lateralis; 4. brechen Mucocelen oder Retentionseiterungen des Recessus ethmoid. lat. auch nach aussen, an typischer Stelle durch (Verwechselung mit Siebbein oder Stirnhöhle zu vermeiden); 5. vermittelt der Rec. ethmoid. lat. die Einsprengung fremder Keime vom seitlichen Nasenspalt her. Mehrere Krankengeschichten erläutern diese verschiedenen Vorkommnisse.

L. Grünwald: Die septale Stirnhöhlenoperation.

Vor 3 Jahren Jahren wies G. darauf hin, dass dem Abfluss von Stirnhöhlensecret, auch in operirten Fällen, öfters ein ernstes Hinderniss in grosser Enge des subfrontalen Nasenabschnittes entgegenstehe, und gab zur Behebung des Hindernisses die Resection des an die Stirnhöhle angrenzenden Septumabschnittes an. In zwei unterdessen erfolgten Fällen von Hirnabscess, einem postoperativen Todesfall von Kofler und einem geheilten von Cargill, ist man neuerdings ebenfalls auf die Wichtigkeit der subfrontalen Enge aufmerksam geworden. Da die angegebene Operation aber unbekannt geblieben ist, giebt die endlich erfolgte Anerkennung ihrer Nothwendigkeit den Anlass zu nochmaliger Erörterung. Die Verhältnisse der Enge und die Art der Operation werden an den Abbildungen von Präparaten gezeigt. Grünwald hat sie in vier Fällen doppelseitiger und zwei einseitiger Stirnhöhleneiterungen mit gutem Erfolg ausgeführt; nur bei einem

wurde eine Nachoperation wegen Siebbeinerkrankung erforderlich. Der kosmetische Effect war zufriedenstellend.

Holinger (Chicago) spricht über Tonsillectomie und deren Bewerthung bezüglich der Frage der Vornahme dieses Operationsverfahrens gegen häufig sich wiederholende Tonsillitiden. An der Hand zweier Krankengeschichten, insbesondere eines Falles, welcher einen Collegen betraf, machte der Vortragende darauf aufmerksam, dass die vorgenommene Operation nicht den beabsichtigten Heilerfolg erzielte, sondern im Gegentheil daranschliessend sich derart widerwärtige pharyngeale und sonstige rheumatoide Beschwerden hinzugesellten, an denen der Kranke noch heute zu leiden habe, so dass die Verwendung dieser Methode bei den amerikanischen Collegen seither sehr in Misskredit gekommen sei.

Discussion:

Chiari erwähnt einen Bericht von Dr. Richards im Atlantic City, Juni 1909 (Sitzung der American Laryngo-Rhinol. and Otol. Society), der über die Vorzüge der Tonsillectomie gegenüber der Tonsillotomie sprach. Von üblen Erfolgen erwähnte er damals nichts. Der einzige Fall auf Chiari's Klinik wurde schon angezogen; er ging letal aus, aber nicht infolge der Operation, sondern wegen Status lymphaticus und Vitium cordis.

Siebenmann (Basel) glaubt, dass die wenigen unglücklich verlaufenen Fälle diese Operation selbst nicht discreditiren sollten, die eben doch — namentlich bei Peritonsillitis — so segensreich wirkt, wie keine andere der zu gleichem Zwecke empfohlenen Methoden.

Siebenmann (Schlusswort) spricht den Einführenden und den Secretären der hier versammelten otologischen und laryngologischen Sectionen für ihre treffliche Mühewaltung vor und während der Versammlung den herzlichsten Dank der Anwesenden aus. (Lebhafter Beifall!)

Halbeis (Salzburg).

---

### c) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

1. Sitzung am 30. August Vormittags.

Präsidenten: v. Navratil, Killian.

Schriftführer: Donogány, Tovölgyi, Klár.

Präsident v. Navratil begrüsst die Mitglieder der Section in deutscher, französischer, englischer, italienischer und ungarischer Sprache.

Dann werden die Ehrenpräsidenten gewählt.

Castex begrüsst die Section im Namen der französischen laryngologischen Gesellschaft.

Heymann begrüsst die Abtheilung im Namen der Laryngologischen Gesellschaft Berlin und auf seinen Antrag wird an die drei Senioren der Laryngologie, Geh. Med.-Rath B. Fränkel, E. Löri und Kais. Rath Rauchfuss ein Begrüssungsschreiben gesandt.

Tagesordnung:

I. Sir Felix Semon (London): Beitrag zu der Diagnose des Kehlkopfcarcinoms. (Referat.)

Der Autor referirt und illustrirt diejenigen Fälle von Kehlkopfkrebs aus eigener Praxis, in welcher ausserordentliche diagnostische Schwierigkeiten vorhanden waren und einige, in welchen die Diagnose fehlerhaft war. In seiner 33jährigen Praxis kamen unter 246 Fällen von malignen Krankheiten 13 solche vor. Obwohl die frühzeitige Diagnose des Larynxkrebses im Allgemeinen für nicht besonders schwer zu betrachten sei, muss man sich doch solch eigenthümlicher Fälle erinnern, wie die folgenden: 1. (Publicirt Lancet Dez. 1894) Maligne Erkrankung des Kehlkopfes, welche zuerst als Verdickung des linken Stimmbandes auftrat und welche erst nach zweijähriger Dauer ihre wahre Natur zeigte. 2. (Erwähnt Archiv f. Laryng. Vol. VI. p. 418) Chronische infectiöse Entzündung, maligne Kehlkopferkrankung vortäuschend. 3. (Erwähnt XIII. Intern. Congress, Paris). In und unterhalb des rechten Stimmbandes aufgetretener Bluterguss, maligne Larynxerkrankung vortäuschend. 4. Kehlkopftuberculose, bei welcher die laryngoskopischen Erscheinungen die Diagnose zwischen maligner Erkrankung und Tuberculose ganz unentschieden liessen. 5. Kehlkopftuberculose, maligne Erkrankung vortäuschend bei einem 70jährigen alten Herrn. 6. Tuberculöser Tumor, maligne Erkrankung vortäuschend in der vorderen Commissur der Stimmbänder. 7. (Erwähnt Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 3) Leukoma eines Stimmbandes, maligne Kehlkopferkrankung vortäuschend. 8. (Publicirt in Vol. XX. of the Clinical Society Transactions) Epitheliom des linken Morgagni'schen Ventrikels zuerst für Papillom gehalten. 9. (Erwähnt in der Sammelforschung Intern. Centralbl. für Laryngologie. Bd. V. S. 205) Angiomartiges Epitheliom. 10. Papillom den ganzen hinteren Theil des rechten Stimmbandes einnehmend und sich auf die innere Fläche des rechten Arytänoidknorpels verbreitend bei einem 60jährigen Herrn, irrthümlich für maligne Kehlkopferkrankung gehalten. 11. Larynxepitheliom unter dem Bilde eines schneeweissen Rasens auftretend. 12. Granulom entspringend von einer Narbe, welche an der Stelle eines vom rechten Stimmbande entfernten Epithelioms lag. 13. Das entzündete Papillom eines 60 Jahre alten Mannes, genau einem Larynxepitheliom gleichend.

II. Chiari (Wien): Die Therapie des Carcinoma laryngis. (Referat.)

Chiari bespricht die Prophylaxis, die causale Therapie, die Behandlung mit Röntgenstrahlen und mit Radium, Aetzungen und Fulguration. Die intralaryngeale Ausrottung ist nur sehr selten anwendbar, giebt aber dann 46 pCt. Heilung, leider aber oft Recidiv. Die Thyreotomie ist angezeigt bei kleinem Krebs der Stimmlippe und Taschenfalte ohne Störung der Beweglichkeit, ist oft anwendbar, giebt gewöhnlich 50 pCt. Heilung (bei einzelnen Operateuren über 80 pCt. Heilung), ist relativ ungefährlich und hat sehr gute functionelle Resultate. Die Pharyngotomia subhyoidea ist in neuerer Zeit weniger gefährlich geworden, aber nur sehr selten anwendbar. Die partielle und totale Laryngectomie haben in der neueren Zeit bessere





Resultate als früher aufzuweisen, sowohl bezüglich der Todesfälle als auch bezüglich der Heilungen. Die besten Erfolge mit diesen beiden Operationen hat Gluck mit seiner Methode erzielt, diese Methode verdient mehr Nachahmung. Die einzige rationelle Behandlung des Kehlkopfkrebses ist jetzt die chirurgische. Die Pharyngotomia transhyoidea, mediana und lateralis sind nur selten angezeigt. Zur Begründung dieser Thesen wird hauptsächlich die Statistik gegeben. Die allgemeinen Statistiken haben grosse Mängel, weil nicht alle Fälle veröffentlicht werden und viele nicht genau mit genügend langer Beobachtungszeit. Die besten allgemeinen Statistiken rühren von Sendziák her. Viel werthvoller sind die persönlichen Statistiken, von denen leider nur wenige vorliegen. Chiari bringt dieselben und darunter auch seine eigene, welche 41 Thyreotomien, 32 partielle und 9 totale Laryngectomien umfasst. Von Gluck liegt leider keine vollständige Statistik vor.

III. Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms. (Referat.)

Referent giebt eine Uebersicht über die an seiner Klinik zur Ausführung gelangten Operationen im Gebiet der oberen Luftwege.

I. Die probatorische oder explorative Laryngofissur, welche dieselbe Berechtigung hat wie in der allgemeinen Chirurgie die explorative Laparotomie.

II. Tracheostomie und Laryngostomie. Letztere wurde combinirt mit conservativer Behandlung des narbig veränderten Kehlkopfraumes durch Dupuys-sche Dauercanülen, die in verschiedener Weise modificirt wurden.

III. Partielle oder totale Plastik des mit einem Stoma versehenen Larynx, nachdem das sklerotische Narbengewebe durch weitgehende Excisionen beseitigt war.

IV. Schluss von Defecten der Vorderwand der Luftröhre oder von inspiratorischen Einziehungen derselben durch Weichtheilperiostknochenlappen vom Brustbein.

V. Quere Resection der Trachea eventuell bis in das Arygebiet (bei narbigem Diaphragma etc.) mit nachfolgender querer Trachealnaht.

VI. Schluss von tiefen Oesophagustrachealfisteln durch Hautlappenplastik.

VII. Thyreotomia simplex oder totale Laryngofissur mit partieller oder totaler Exenteration des Kehlkopfes etc. eventuell mit nachfolgender totaler oder partieller Laryngoplastik.

VIII. Partielle Resection des Kehlkopfes.

IXa. Hemilaryngectomie mit Laryngoplastik.

IXb. Hemilaryngectomie mit partieller Resection der restirenden Kehlkopfhälfte. Nach den Erfahrungen des Ref. nicht zu empfehlen.

X. Laryngectomia totalis simplex mit Herausnähen des Trachealstumpfes und sofortiger Naht des Pharynxdefectes und der äusseren Hautwunde. Endresultat mit Tracheostoma circulare ohne Canüle.

XI. Totale Laryngectomie mit Resection des Pharynx in verschiedener Ausdehnung.

XII. Totale Exstirpation des Kehlkopfes mit querer Resection oder Exstirpation des Pharynx.

XIII. Exstirpation von Kehlkopf, Schlundkopf und Halstheil der Speiseröhre. Endresultat: Tracheotomie und Gummitrichterersatzprothese für Pharynx und Oesophagus.

XIV. Complication dieser Operation mit ausgiebiger Drüsenexstirpation.

XV. Complication der Eingriffe mit Resection der grossen Halsgefässe.

XVI. Totale Oesophago- und Pharyngoplastik.

XVII. Hautlappenplastik der Gegend der grossen Halsgefässe, um dieselben nach ausgedehnten Drüsenoperationen vor Infectionen zu schützen.

XVIII. Totale Zungenexstirpation.

XIX. Totale Zungenexstirpation mit Kehlkopfexstirpation und Resection des Pharynx in einer Sitzung.

XX. Die verschiedenen Methoden der Pharyngotomie.

Referent vermeidet principiell bei allen diesen Eingriffen Operationen in zwei Acten, z. B. prophylaktische Tracheotomie und acht Tage später Laryngectomie, da durch die Eröffnung der Luftwege der aseptische Verlauf in Frage gestellt wird. Er schildert die Technik seiner Operationen an der Hand von Tafeln.

XXI. Anlegen einer Lungenfistel zur Ausschaltung der oberen Luftwege bei Bronchostenosen an und jenseits der Bifurcation.

Was die Sprache anbelangt, so perhorrescirten die meisten Patienten den künstlichen Kehlkopf und suchten — mitunter mit verblüffendem Erfolg — die Pharynxstimme zu erlernen.

Ref. hat jedoch die älteren Versuche wieder aufgenommen, den Patienten Stimmen zu liefern mit Ausschaltung der Lungen, entweder durch mit Hülfe von Grammophonplatten reproducirten menschlichen Lauten oder mit Hülfe von Gummi- und Metallstimmen, welche durch einen automatisch arbeitenden möglichst handlichen und geräuschlosen Hülfsapparat in Betrieb gesetzt werden. Ref. schildert seine bisher in dieser Richtung gemachten Versuche.

Demonstration von 3 Patienten, darunter eine Frau, bei der vor $2^1/_2$ Jahren wegen schwerster Tuberculose des Kehlkopfs (diffuse hyperplastisch-ulceröse Form mit Knorpelnekrose) die Totalexstirpation mit Entfernung der Epiglottis und Theilen des erkrankten Pharynx (Sinus piriformis beiderseits) gemacht worden war.

Discussion:

Thost (Hamburg): Auf die mikroskopische Diagnose sollte nicht immer so sicher gebaut werden. Die klinischen Symptome sind wichtiger, in der Nähe von Carcinomen degenerirt die Schleimhaut papillomatös, in der Nähe von Sarkomen kommen an der Nase z. B. myxomatöse Geschwülste vor, bei Probeexcision kann da leicht Irrthum entstehen. Auch an Mischinfectionen Carcinom mit Tuberculose combinirt, Lues mit Tuberculose und Carcinom ist zu denken. Zwischen Lues und anderen Geschwüren und Tumoren unterscheidet oft eine Pinselung mit starker Lapislösung. Lues reagirt auf Argentum immer günstig, Tuberculose und Carcinom ungünstig. Nach Laryngotomie ist Lagerung mit tiefem Kopf, erhöhten Füssen zu empfehlen.

Finder (Berlin) meint, dass in sehr seltenen und sorgfältig auszuwählenden Fällen die endolaryngeale Methode anwendbar ist. So verfügt er über den Fall





eines jetzt 76jährigen Mannes, den er vor 3 Jahren an Kehlkopfcarcinom endolaryngeal operirt hat und der vollständig geheilt ist. Einen anderen Fall, der auch hierher gehört und der auch in anderer Beziehung zu den merkwürdigsten zählt, ist folgender: Es handelte sich um eine alte Frau, die unter schwersten Erstickungserscheinungen in die Klinik aufgenommen wurde, so dass schleunigst die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Es stellte sich heraus, dass man einen der Fälle vor sich hatte, über deren endolaryngeale Operation B. Fränkel in seiner ersten dieses Thema behandelnden Arbeit berichtet hatte. Die Patientin hatte jetzt — nach 18 Jahren! — ein Recidiv, wenn man so sagen darf, an derselben Stelle, an der sie damals ihr Carcinom gehabt hatte. F. glaubt, man kann auch diesen Fall unter die Heilungen rechnen.

Dann theilt er einen Parallelfall mit zu der von Sir Felix Semon mitgetheilten Granulationsbildung nach Laryngofissur. Bei einer wegen Kehlkopfcarcinom thyreotomirten Frau fand sich nach 3 Monaten ein bohnengrosser, glatter, blasser, den ganzen vorderen Kehlkopftheil einnehmender Tumor, der sich nach der endolaryngealen Entfernung als ein — zum Theil noch nicht organisirter — Granulationstumor herausstellte. Ferner macht er auf eine Gruppe von Fällen aufmerksam, die grosse diagnostische Schwierigkeiten machen, und besonders mit Perichondritis verwechselt werden können. Es sind Carcinome, die unter der Schleimhaut des Sinus piriformis liegend, die eine Kehlkopfhälfte nach innen vordrängen. Es besteht Schwellung dieser Kehlkopfhälfte und Stillstand derselben bei der Phonation. Da im Kehlkopf nur diffuse Schwellung, aber keine Tumorbildung besteht, so kommt die diagnostische Probeexcision in Fortfall. Dass die mikroskopische Untersuchung der zur Probe entnommenen Stückchen grosse Schwierigkeiten machen kann, illustrirt folgender Fall: Ein Stück von einem im Sinus piriformis sitzenden Tumor wurde von einer pathologisch-anatomischen Autorität ersten Ranges als Carcinom erklärt. Das vermeintliche Carcinom stellte sich aber als eine atypische Epithelwucherung heraus, bedingt durch den Reiz eines darunter sitzenden Sarkoms.

Réthi (Wien): Die Symptomatologie des Kehlkopfcarcinoms betreffend, erwähnt Réthi 2 Fälle, in denen — ganz gleich in beiden Fällen — am rechten Stimmband nahe dem Aryknorpel und am linken Stimmband im vorderen Drittel ein papillomatöser flacher Rasen vorhanden war. Infiltrationserscheinungen waren nicht zu constatiren; die Bewegung der Stimmbänder war beiderseits frei, obwohl man dies besonders rechts, wo sich die Neubildung in der Nähe des Cricoarytänoidealgelenks befand, nicht hatte erwarten können. Mit Rücksicht auf das Aussehen der Geschwülste, den Mangel an Infiltrationserscheinungen, die freie Beweglichkeit der Stimmbänder und insbesondere mit Rücksicht auf das discrete Auftreten der Veränderungen an 2 Stellen, zwischen denen die Schleimhaut ganz unverändert war, musste die Diagnose auf Papillom gestellt werden. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab jedoch Carcinom, was durch den weiteren Verlauf auch bestätigt wurde. Es geht also nicht an, bei discretem Vorhandensein von Neubildungen wegen des getrennten Auftretens allein Carcinom ausschliessen zu wollen.

Brewack (Charkoff): Er erkennt zwar die Ueberlegenheit der radicaleren extralaryngealen Operationen an, jedoch hält er den endolaryngealen Eingriff für angezeigt in solchen Fällen, wo der umschriebene Tumor mit den Instrumenten gut erreichbar ist. Diese Fälle sind nicht so sehr selten als man glaubt. Er kennt mehrere solche Fälle aus seiner Praxix. Die Laryngotomie ist keine ganz ungefährliche Operation, dagegen ist der endolaryngeale Eingriff stets ohne schwere Folgen und die Recidive sind nicht häufiger als nach Laryngotomie. Man muss nur den Kranken unter strenger Beobachtung halten, und, falls ein Recidiv eintritt, sofort zur radicalen Operation greifen.

J. W. Gleitsmann (New York): G. berichtet über den Fall einer ausgesprochenen weissen Geschwulst, den ganzen Ventriculus Morgagni ausfüllend, wie in dem Fall, den Sir Felix Semon in seinem einleitenden Referat demonstrirte.

Patient wurde von G. 1896 zum ersten Mal gesehen, in längeren Zwischenräumen zweimal Stücke endolaryngeal entfernt und beide Stücke von erfahrenen Mikroskopikern als Pachydermia angesprochen.

Der Patient entzog sich der weiteren Beobachtung, aber 12 Jahre später wurde der Redner von Dr. Hermann Smith eingeladen, den Patienten im Eye, Ear and Throat Hospital wiederzusehen. Der Befund war ähnlich wie 1896, exstirpirte Stücke zeigten zuerst keine Malignität, aber 6 Monate später entwickelte sich Larynxstenose, Carcinom wurde mikroskopisch constatirt und Laryngectomie mit günstigem Resultat gemacht. Der Fall wurde in den Transactions der American Laryngological Association publicirt und ist auch im Lehrbuch von William Watson abgebildet. Redner weist zum Schluss auf den von allen Beobachtern erwähnten verdächtigen Charakter dieser harten weissen Larynxtumoren hin.

Hajek (Wien): Das Puntcum saliens ist die Frühdiagnose. Dabei sind die schwierigsten Fälle diejenigen, welche unter dem Bilde des Papilloms auftretende Kehlkopfveränderungen vorweisen. Da stellt sich bei älteren Leuten (über 40 Jahre), wie dies Sir Felix Semon zuerst hervorgehoben hat, heraus, dass doch gewöhnlich ein Cancer dahintersteckt. Allgemein bekannt sind die Diagnosen mit negativem Befunde, in welchen nichts vom eigentlichen Cancer excidirt wurde. Viel unangenehmer ist indess das Vorkommniss, wie ich es in zwei Fällen gesehen habe, dass trotz positiven mikroskopischen Befundes der weitere Verlauf keinen Cancer ergeben hat. Es ist eben die mikroskopische Diagnose auch nicht absolut sicher.

Baumgarten (Budapest): Wenn ich auch die Aussage Chiari's theile, dass endolaryngeal nur jene Fälle operirt werden sollen, bei denen man die Diagnose noch nicht festgestellt hat, bilden doch kleine circumscripte Carcinome eine Ausnahme bei Leuten über 70 Jahren, denn auch ich fand, dass speciell Larynxcarcinome in diesem Alter sich günstiger verhalten, wie der eben erwähnte Fall von Finder bestätigt. Auch ich selbst habe einen solchen Fall operirt.

Grossmann (Wien) berichtet einen Fall von der Klinik Schrötter, bei welchem die wiederholte mikroskopische Untersuchung Carcinom ergeben hat, und der sich der Operation nicht unterziehen wollte; er war schon nach einem Jahre so vollkommen ausgeheilt, dass von einer ursprünglichen Erkrankung keine Spur zu

sehen war. Er erwähnt weiter einen zweiten von ihm behandelten Fall, bei welchem Billroth die laterale Resection vorgenommen hat, und trotzdem die wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung auf Carcinom hinwies, sagte Billroth, als er das Präparat bereits in Händen hielt, er glaube nicht, dass es sich um Carcinom handelt. Wenn ein Mann wie B., ein hervorragender pathologischen Anatom, selbst dann noch, als er das Präparat in Händen hatte und auf die Malignität aufmerksam gemacht wurde, sich irren konnte, ist es wohl sehr begreiflich, wenn uns auf laryngoskopischem Wege leicht Irrthümer unterlaufen. Trotz alledem bleibt die mikroskopische Untersuchung unser allerwichtigster Anhaltspunkt, nur müssen wir uns nicht mit einer begnügen, sondern müssen mehrere Untersuchungen vornehmen. Wir müssen von den schlecht unterrichteten an den besser informirten Histologen appelliren.

Morelli (Budapest) beruft sich auf einen Fall, wo nach thermocaustischem Eingriff, nach Entfernung multipler Papillome die Entartung sich sehr schnell einstellte, so dass nach einem Jahr nicht nur im Kehlkopf innen, sondern auch auf der äusseren Haut um die Canüle sich Carcinom zeigte. In einem anderen Fall wurde das ganz kleine Carcinom höchst wahrscheinlich mit einem stumpfen Instrument operirt. Der Zerfall stellte sich so schnell ein, dass wegen der Suffocation nach 3 Wochen die Tracheotomie ausgeführt werden musste, zugleich Resection der linken Kehlkopfseite. Wegen Recidive nach fünf Monaten Totalexstirpation. Ich stimme vollständig mit Hajek überein, dass man bei dem Alter von 35 Jahren des Patienten sehr aufmerksam vorgehe bei der Operation der Papillome, dass man in diesem Alter nur mit scharfen Instrumenten eingreife, nicht mit quetschenden.

Chiari (Wien) betont die Wichtigkeit der histologischen Untersuchung endolaryngeal exstirpirter Stücke der Neubildung behufs Diagnose. Diese histologische Untersuchung ist von grösster Wichtigkeit, wenn sie auch nicht absolut in allen Fällen unfehlbar ist. Sie schützt auch vor späteren Vorwürfen von Seiten des Patienten.

Wichtig ist die Thatsache, dass die Carcinome sehr verschiedene klinische Charaktere haben, welche nicht immer mit dem histologischen Bilde übereinstimmen. Ueber den Einfluss des histologischen Baues auf die Prognose einer Larynxgeschwulst hat Navratil die wichtigsten Mittheilungen gemacht.

Chiari will nur noch einmal betonen, dass nur die chirurgische Operation ihm zuverlässig scheint als Mittel zur radicalen Entfernung des Krebses. Schliesslich bittet er nochmal alle Operateure um genaue persönliche Statistiken und insbesondere Gluck um eine genaue persönliche Statistik seiner Kehlkopfoperationen wegen Krebs.

Semon (London): Der Redner constatirt, dass das Ergebniss der Discussion sich vollständig mit dem deckt, was die Sammelforschung des Internationen Centralblatts vor 21 Jahren erwiesen hat. Er illustrirt dies durch Verweise auf die Frage der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, die gelegentlichen Schwierigkeiten der laryngoskopischen Diagnose, die Frage der endolaryngealen Operation etc. Zum Schluss ermuntert er zur Publikation

von completten Statistiken der einzelnen Operateure, und richtet speciell an Prof. Gluck die Bitte, von jetzt an eine methodische Statistik seiner Fälle zu veröffentlichen.

Cisneros (Madrid): Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Larynxcarcinoms. (Vortrag.)

Hugo Zwillinger (Budapest): Ueber die Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung. (Vortrag.)

Z., der schon im Jahre 1896 in seiner in der Wiener klin. Wochenschr. unter dem Titel „Ueber die Verhältnisse der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien)" publicirten Arbeit auf die Identität beider Processe hingewiesen hatte, kommt in seinem Vortrage, an der Hand neuerlicher anatomischer Untersuchungen und klinischer Beobachtung, zu folgenden Schlüssen:

1. Die sog. Pachydermia laryngis und die Leukokeratosen der Schleimhäute sind ihrem Wesen nach identische Processe.

2. Vom anatomischen und klinischen Standpunkte ist die Verhornung des Epithels, Bildung einer mächtigen Hornschicht das hervorragendste Symptom des Krankheitsprocesses und muss sowohl die diffuse als auch die circumscripte mit hochgradiger Verhornung einhergehende Erkrankung der Kehlkopfschleimhaut als Hyperkeratose aufgefasst und als solche bezeichnet werden.

3. Die diffuse und circumscripte Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut bildet, wenn auch verschiedenen ätiologischen Ursprunges, einen genügend begrenzten Symptomencomplex.

IV. F. Massei (Neapel): Syphilis und die bösartigen Geschwülste des Halses. (Referat.)

Es ist offenbar, dass es Fälle giebt, wo die Krankheit, welche sämmtliche Symptome der Syphilis besitzt, endlich Carcinom wird. Er erörtert 8 solche Fälle aus eigener Erfahrung, wo der Sitz der Krankheit entweder am Gaumen, oder auf der Zunge, oder im Kehlkopf war. Nachdem er bewiesen hat, dass die Krankheit anfangs wirklich syphilitischer Natur war, wurde der Uebergang zur bösartigen Geschwulst (Sarkom, Epitheliom) klar. Wie ist das zu erklären? Nach einem einfachen ätiologischen Ueberblick betrachtet der Referent die Syphilis als locales Trauma, welches die Entwickelung einer Geschwulst erleichtere, die später hätte erscheinen können, und er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist ohne Zweifel, dass bösartige Geschwülste unanfechtbaren syphilitischen Veränderungen des Halses und der Zunge folgen. 2. Die specifische Behandlung muss fortgesetzt werden, sogar während der latenten Periode, als Prophylacticum. 3. Ausserdem muss alles entfernt werden, was im Munde oder im Halse einen Reiz ausübt. 4. Die Neigung der Syphilis zum Carcinom ist im Folgenden zu erklären: a) als constitutionelle Erkrankung, b) durch die parasyphilitischen Erscheinungen und c) dann nach ausgesprochenen tertiären Erscheinungen.

## II. Sitzung.

v. Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden der tieferen Luftwege. (Referat.)

Die Entwicklungsgeschichte der directen Untersuchungsmethoden wird durch 3 Etappen charakterisirt. Pieniazek gab im Jahre 1889 seine Methode der „Tracheoskopie“ bekannt, Kirstein folgte 1895 mit der „Autoskopie“ und Killian berichtete im Jahre 1898 über „die directe (obere und untere) Bronchoskopie“. Die zunehmende Bedeutung der directen Methoden bei Fremdkörpern mögen folgende Daten beleuchten: Bis 1896 verfügte Pieniazek über 5 mit seiner Methode behandelte Fälle; 1904 stellte Referent 36 Fälle zusammen, bei denen die Bronchoskopie zur Verwendung kam; Gottstein's Statistik aus dem Jahre 1907 bringt 137 Fälle; bis Anfang dieses Jahres (1909) waren 303 Fälle durch Publikationen und private Mittheilungen zu Referentens Kenntniss gelangt. Diese rapide Zunahme der Zahlen ist begründet theils durch Verbesserung unserer technischen Hilfsmittel, mehr noch durch das grosse Interesse, das die Specialisten der Methode entgegenbringen, vor allem aber dadurch, dass unter den practischen Aerzten die Ueberzeugung von der Leistungsfähigkeit der Methoden sich mehr und mehr Bahn bricht. Die Litteratur weist zahlreiche Beobachtungen auf, in denen Verwechslungen von aspirirten Fremdkörpern mit anderen Leiden vorkommen. Solches Verkennen der Sachlage ist meist auf eine mangelhafte Anamnese, oder auf unrichtige Bewerthung der von den Patienten geschilderten Angaben zu beziehen. Oft lässt uns der Kehlkopfspiegel ebenso, wie die Auscultation und Percussion im Stich; auch das Röntgenbild darf bei Fremdkörpern mittlerer Dichte, wie bei Knochen, Kragenknöpfen etc. nicht als ausschlaggebend angesehen werden, ja selbst bei metallischen Fremdkörpern fand sich nicht immer ein Schatten. Wir sind deshalb nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, auch in zweifelhaften Fällen die directen Methoden heranzuziehen, da wir in ihnen das diagnostisch bei weitem sicherste und gleichzeitig therapeutisch rationellste Mittel besitzen. Die Frage, unter welchen Umständen die directen Methoden auf natürlichem Wege und wann sie von dem Tracheotomirenden angewandt werden sollen, ist schwer allgemein zu beantworten. Bei eingekeilten Fremdkörpern muss man berücksichtigen, ein wie grosser Abschnitt der Lunge nicht mehr functionirt, ob bei der Extraction auf natürlichem Wege nicht dadurch Gefahr droht, dass der Fremdkörper im subglottischen Raum oder im Larynx stecken zu bleiben, oder infolge ungünstiger Beschaffenheit seiner Oberfläche eine schwere Verletzung dieser Theile herbeizuführen vermag, ob er, was namentlich für glatte Fremdkörper zutrifft, dem Extractionsinstrument nicht entschlüpfen und in den Bronchus der anderen, die Athmung vielleicht allein noch unterhaltenden Seite gerathen kann. Der Grad der zu überwindenden technischen Schwierigkeiten, die Erfahrung und Geschicklichkeit des Arztes spielen eine wichtige Rolle. Die Extraction gequetschter und erweichter Bohnen empfiehlt sich bei Kindern stets erst nach erfolgter Tracheotomie. Von grossem Einfluss auf den therapeutischen Effect ist das Alter der Patienten, die Art und Verweilsdauer des Fremdkörpers. Die Mortalität beträgt nach der Zusammenstellung des Referenten im ersten Lebensjahre 42·86 pCt., im

zweiten 38·46 pCt., im 2.—4. 18·78 pCt., im 4.—6. 5·88 pCt., im 6.—10. 6·52 pCt., im 10.—15 0 pCt., im 5.—50. 10·23 pCt., in höheren Lebensjahren 11·11 pCt. Fremdkörper mit scharfen Kanten und Vorsprüngen führen schneller als glatte zu Schädigungen der Bronchialwand; es kommt durch Granulationsbildung um den Fremdkörper herum leichter zum Abschluss des Bronchus und seinen Folgen: Atelektase, Bronchiektasien, bronchitischen, pneumonischen und pleuritischen Processen. Als eine recht gefährliche Gruppe sind auch die leicht bröckelnden Fruchtkerne und vor Allem die Bohnen anzusehen, zumal diese fast immer nur von Kindern aspirirt werden. Je frühzeitiger die Extraction geschieht, um so sicherer darf man auf eine völlige Heilung hoffen. Immerhin liegen noch mehrere Beobachtungen vor, in denen der Entfernung eines monate- und selbst jahrelang in den Bronchien befindlichen Fremdkörpers noch völlige Genesung, oder wesentliche Besserung folgte.

Discussion.

Kahler (Wien) berichtet über die Erfahrungen, die an Hofrath Chiari's Klinik mit den directen Untersuchungsmethoden gewonnen wurden. Fremdkörper des Oesophagus kamen in 91 Fällen zur Beobachtung. In 83 Fällen war die Extraction möglich. Achtmal glitten die Fremdkörper nach Lockerung in den Magen. Nie sahen wir uns genöthigt, die Oesophagotomie auszuführen. Fremdkörper der Trachea und der Bronchien beobachteten wir in 16 Fällen. 4 untere Tracheoskopien, in den übrigen gelang die obere leicht. Bei den Oesophagoskopien sahen wir 2 Todesfälle, von denen einer der Methode zur Last fällt. Es kam zur Perforation des Oesophagus wahrscheinlich in dem Momente der Einführung des Rohres. Es wurde ein Hacker'scher Tubus verwendet. Seither benutzen wir nunmehr den Röhrenspatel zur Untersuchung. Wichtig erscheint speciell die Bronchoskopie zur Unterstützung der internen Klinik. Sie konnte in 12 Fällen von luetischen Affectionen und 10 Fällen von Aneurysma, in 2 Fällen bei Mediastinaltumoren verwendet werden. Wichtig erscheint uns die Möglichkeit, durch diese Methode die Indication zur Bronchotomie stellen zu können, wozu wir uns in drei Fällen veranlasst sahen. Bei einem von diesen konnte ich dem Chirurgen die Auffindung durch das während der Operation eingeführte Bronchoskopierohr erleichtern. Es erscheint uns die von Killian betonte Unterstützung von chirurgischen Eingriffen durch diese Methode sehr aussichtsreich.

Demonstration eines modificirten Panelektroskopes von Leiter, das an der Klinik jetzt in Verwendung ist.

Schneider (Moskau): In weniger als 2 Jahren hatte ich im Moskauer Catharina-Spital 25 Fremdkörper (24 Kinder, 2 Erwachsene) mittelst Bronchoskopie behandelt und bis auf einen, wo mir der Accumulator versagte, in der ersten Sitzung entfernt. Die 3 Todesfälle, die ich erlebte, können keinesfalls der Methode zur Last gelegt werden. 1 war hoffnungslos vor der Bronchoskopie (ein eiserner Haken lag 4 Jahre in der Lunge). 2. 11 Tage nach der Aspiration schwere Lungenentzündung. 3. Ein Fall, wo man an Thymus-Tod denken konnte. In 80 pCt. stellten die Fremdkörper Sonnenblumensamen vor, die bei uns zu Lande von Klein und Gross (der kleinste Patient war 9 Monate alt) in Unmassen verzehrt werden. Dieser Fremdkörper darf nicht als harmlos angesehen werden wegen

seiner leichten Zerbröckelung und gewisser Aufquellung. Die zahlreichen Excoriationen der Schleimhaut, Oedem, schwerere Bronchitiden und Pneumonie beziehe ich auf die scharfen Ränder der harten Schale. Im Vergleiche mit der vorbronchoskop. Zeit, wo die Zahl der Todesfälle zwischen 25—40 pCt. schwankte, ist sie mit dieser glänzenden Methode bis auf 12 pCt. reducirt, und ich bin überzeugt, dass sie mit der Entwicklung der Technik noch weiter sinken wird. Für uns Russen ist diese Methode besonders wichtig, da in 80 pCt. die Tracheotomie verweigert wird. Ich will nicht ein allgemeines Urtheil zu fällen. Aber persönlich möchte ich eins sagen: wer einmal das bronchoskopische Rohr eingeführt hat, den Fremdkörper gesehen und ihn unter Führung des Auges aus der Brust eines erstickenden Kindes herausbefördert hat, der muss die grösste Achtung vor diesem rein chirurgischen Eingriffe und eine solche Genugthung empfinden, wie sie nur einem Arzte zu theil werden kann. Und sie werden mir wohl zustimmen, wenn ich mir erlaube, dem Vater der Bronchoskopie, unserm grossen Killian, hier meinen lebhaftesten Beifall und besten Dank auszudrücken.

Paunz (Budapest) berichtet über die Resultate, welche mit der directen Tracheobronchoskopie im Stephanie-Kinderhospital zu Budapest erzielt wurden. Es kamen 15 Fälle zur Behandlung: 2 Erwachsene, 13 Kinder, unter letzteren 8 innerhalb des zweiten Lebensjahres. In 3 Fällen handelte es sich um Durchbruch verkäster Peribronchialdrüsen, in 2 Fällen konnte das Vorhandensein des Fremdkörpers oder Drüsendurchbruches genau festgestellt werden. In 2 gleichen Fällen ergab die Untersuchung negativen Befund, in einem Falle wurde der Fremdkörper bei der Section gefunden. In einem Falle steckte der Fremdkörper im Kehlkopf. Unter den 11 Fällen gelang die Extraction 9mal; ein Fremdkörper wurde durch den Tubus ausgehustet, in einem Falle theils entfernt, theils ausgehustet. Mit Ausnahme zweier Fälle waren es immer organische Fremdkörper, welche den Eingriff erforderten. Es heilten 10 Fälle (66,0 pCt.), starben 5 (33,3 pCt.). In 5 Fällen liess sich der Fremdkörper in einem Stück entfernen, diese heilten rasch und ohne Störung; in denjenigen Fällen, in welchen eine multiple Aspiration (Drüsendurchbruch, zerfallende organische Fremdkörper) stattfand, war die Heilung keine glatte und kamen unsere Todesfälle nur unter diesen (3mal Drüsendurchbruch, 2mal septische Pneumonie) bei jüngeren Kindern vor. Es kam bisher nur die untere Bronchoskopie zur Anwendung, welche bei organischen Fremdkörpern der oberen vorzuziehen ist.

del Rio (Santiago de Chile): Ich habe von Ende 1905 bis Ende 1908 in der Universitätsklinik zu Santiago 14 Fälle von Fremdkörpern der oberen Luftwege, und zwar 6 grosse Nadeln (von $3^1/_2$ bis 5 cm lang mit entsprechendem dicken schwarzen Kopf aus Glas), 5 Wassermelonenkerne, 1 Bleistiftprotector und ein grosses Stück eines Peumokernes (eine chilenische Frucht) entfernt.

In allen Fällen handelte es sich um Kinder von $1^1/_2$ bis 13 Jahren. In zwei Fällen von Nadeln in den Bronchien musste ich die obere Bronchoskopie machen. Im Ganzen hatte ich zwei Todesfälle (bei Nadeln); die 12 anderen heilten rasch und vollständig.

Mayer (New York): Bitte die Thatsache berücksichtigen zu wollen, dass in Amerika Bronchoskopie nicht nur durch Fletcher Ingals und Chevalier

Jackson angewendet wurde, sondern auch durch Coolidge und Inosher (Boston), R. H. Johnston und Buzan (Washington) und durch mich selbst und meine Assistenten. Ich habe keine Todesfälle erlebt. Für die Untersuchung des Larynx bedeutet einen weiteren Fortschritt das Pharyngoskop von Dr. Harold Hays (New York) welche Dr. Delavan uns demonstriren wird.

v. Eicken (Freiburg): M. H.! Wenn ich nicht alle Namen der Collegen genannt habe, die sich um die directe Methode Verdienste erworben haben, so bitte ich mir zugute zu halten, dass ihre Zahl schon 200 und die Zahl ihrer Arbeiten 1000 übersteigt. Ich werde in einer ausführlichen Arbeit sie alle zu würdigen suchen; in der mir zur Verfügung stehenden kurzen Zeit war das nicht möglich.

Réthi (Wien): Der weiche Gaumen und seine Beziehungen zum Nervensystem. (Vortrag.)

Gegenstand des Vortrags sind einerseits die motorischen und anderseits die secretorischen Nerven des weichen Gaumens. Die Annahme, dass der Facialis der motorische Nerv sei, ist unhaltbar. Die anatomischen Untersuchungen sind in dieser Richtung nicht zu verwerthen. Die zweifellos sicher gestellten klinischen Beobachtungen und Sectionsbefunde zeigen, dass der Facialis mit der motorischen Innervation des weichen Gaumens nichts zu thun habe, und die experimentellen Untersuchungen von Réthi bei verschiedenen Thiergattungen (Kaninchen, Hunden, Katzen und Affen) haben ergeben, dass Reizung des Facialis bei richtiger Versuchsanordnung niemals Bewegung des Gaumens zur Folge hat, sondern dass der Vagus die motorischen Nerven für den Levator veli palatini liefert. Es gelang Réthi diese Fasern von der Vaguswurzel angefangen bis zum Velum zu verfolgen. Beim Menschen muss dasselbe Verhalten angenommen werden. Das relativ häufige Zusammentreffen von Otitis und Gaumenlähmung ist zwar bekannt, doch weiss man über den inneren Zusammenhang nichts Bestimmtes; vielleicht wird da der in grosser Nähe befindliche und sehr vulnerable Vagus durch denselben Process geschädigt.

Réthi deckte auch die secretorischen Gaumennerven, ihre Centren und ihren peripheren Verlauf auf und zeigte, dass sowohl der Facialis als auch der Sympathicus die secretorischen Fasern liefert. Das durch Facialisreizung gewonnene Secret hat eine andere Beschaffenheit, insbesondere ist es reicher an fetten Substanzen als das Sympathicussecret. Die von einzelnen Anatomen vom Facialisstamm durch den N. petrosus superficialis major verfolgten Fasern, die früher als motorisch gedeutet wurden, sind eben diese secretorischen Facialisfasern.

Sargnon (Lyon) und Barlatier (Romans): Die chirurgische Behandlung von laryngo-trachealen Stenosen. (Referat.)

In dieser Arbeit beschäftigen sich die Referenten mit den allgemeinen Methoden und operativen Indicationen, der Natur der Veränderungen ensprechend. Die allgemeinen Methoden sind: die endolaryngealen Eingriffe, directe oder indirecte, und die äusseren Methoden. Reff. beschäftigen sich besonders mit der subglottischen directen retrograden Tracheoskopie, mit der Intubation und mit der inneren Kautschukerweiterung. Von den blutigen Methoden werden besonders erwähnt:

die „Stomien“ der Luftwege, hauptsächlich die Tracheolaryngostomie, welche Reff. methodisch ausgebildet haben, besonders für die Heilung der narbigen Laryngotrachealstenosen und recidivirenden Papillome. Sie geben der äusseren Kautschukerweiterung den Vorzug. Sie referirten über 16 eigene Laryngostomiefälle. Es wurden im Ganzen 70 ausgeführt. Die Athmungsresultate sind gut, die Sprache sehr gebessert, weil die Stimmbänder sich wieder bildeten.

Indicationen und Resultate: Die Referenten empfehlen dieselben: 1. bei den äusserlichen Laryngo-trachealstenosen, 2. bei den oberen Larynx- und Trachealstenosen und 3. bei den Trachealerkrankungen.

Die äusserlichen Laryngo-trachealerkrankungen sind mannigfach. Besonders zu erwähnen sind die durch Schilddrüsen und Thymus bedingten Zusammendrückungen. Die Entfernung der Verengerung soll jedesmal, wenn möglich, der Tracheotomie vorgezogen werden, weil letztere besonders schwer ist bei bösartigen Neubildungen. Bei den inneren Kehlkopf- und oberen Trachealverengungen und für die acuten Entzündungen, besonders bei Kindern, empfehlen Reff. die Intubation, in Fällen wo Morphin versagt. Die Tracheotomie ist besonders indicirt für den Laryngotyphus und Kehlkopfabscess. Bei Laryngosyphilis haben die Intubation und Tracheotomie ihre Indicationen. Die Tracheotomie ist nur für die schwersten tuberculösen Verengerungen anzuwenden. Bei den narbigen Verengungen, die den innerlichen Erweiterungen so oft widerstehen, giebt die Laryngostomie mehr Erfolg als die Laryngofissur. Die den Kehlkopf verstopfenden Papillome werden durch directen Weg entfernt, wenn die Dyspnoe eine leichte ist, in gegensätzlichem Falle durch Tracheotomie, durch Laryngostomie im Falle des Nichtgelingens oder Recidiv. Bei Kehlkopfspasmus von kurzer Dauer wird die Intubation empfohlen, bei den recividirenden Fällen und Lähmungen die Tracheotomie. Die Laryngofissur und Laryngectomie erwiesen gute Erfolge bei bösartigen Neubildungen. Die tiefe Trachealstenose ist schwer zu verbessern, die innere Erweiterung, die Einschnitte und die Abtragung durch directen und auf trachealem Wege geben befriedigende Ergebnisse. Was die bösartigen primären oder secundären Trachealtumoren anbelangt, ist die Prognose äusserst ungünstig und ihre radicale Entfernung sehr oft unmöglich.

Donogány (Budapest).

(Fortsetzung folgt.)

---

## III. Briefkasten.

**Danksagung.**

Allen meinen lieben Collegen, die bei Gelegenheit des XVI. Internationalen Aerzte-Congresses an der mich so sehr ehrenden Adresse Theil genommen haben, sage ich hiermit meinen innigsten Dank.

Dr. Eduard Löri,
Budapest.

**Zur Frage der Ehrenpräsidenten bei den Internationalen Congressen.**

Herr Prof. Onodi (Budapest) hat an den Herausgeber des Centralblatts als den Secretair des permanenten Comités für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse folgendes Schreiben gerichtet, dessen Veröffentlichung an dieser Stelle er anheimgestellt hat.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In der Octobernummer Ihres Centralblatts lese ich Ihre Reflexionen über die laryngologische Section des XVI. Internationalen Congressess und den Sitzungsbericht des permanenten Comités für die Internationalen Congresse für Laryngo-Rhinologie. Sie haben in Ihren Reflexionen die Frage der Ehrenpräsidenten auch berührt. Mit Ihren kritischen Bemerkungen bin ich auch einverstanden, und da ich von der enormen Zahl der vorgeschlagenen Ehrenpräsidenten absolut keine Kenntniss hatte, so kann ich um so objectiver meine Bemerkungen diesbezüglich machen. Bezüglich der Arbeitsordnung hat das permanente Comité mehrere Beschlüsse gefasst; ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auch auf diese Frage lenken.

Im Centralblatt, in der Berliner klinischen Wochenschrift und in anderen medicinischen Journalen ist die Frage der Ehrenpräsidenten wiederholt aufgeworfen und kritisirt worden, aber, wie wir sehen, ohne Resultat. Auf jedem Congresse begegnen wir fast immer derselben Liste der Ehrenpräsidenten; es sind zunächst die bekannten Vertreter des Faches. Auf dem Wiener Congress figurirten schon Namen, die wir überhaupt zum ersten Male hörten; in Budapest stieg die Zahl der Ehrenpräsidenten so, dass sie fast die Hälfte der Theilnehmer zu erreichen schien. Dabei ist zu bemerken, dass einige der gewählten Ehrenpräsidenten gar nicht am Congress theilgenommen hatten oder sich nicht mehr unter den Lebenden befanden.

Die Aufgabe des Ehrenpräsidenten ist eine ernste; seine Wahl ist entschieden eine Ehrung. Der Ehrenpräsident hat die Sitzung zu leiten, die Tagesordnung zu überwachen und die wissenschaftliche Arbeit würdevoll zu führen. Es ist selbstredend, dass diese Aufgabe illusorisch wird bei einer täglich wechselnden grösseren Zahl der Ehrenpräsidenten. Und da es sich dabei eigentlich um eine überaus grosse Höflichkeit handelt, so kann und soll sich diese in anderen collegialen Formen äussern.

Das permanente Comité sollte auch diese Frage regeln und beschliessen, dass entsprechend den Vormittags- und Nachmittagssitzungen die Zahl der Ehrenpräsidenten festgestellt und ihre Wahl unter den anwesenden Collegen getroffen werde; die Ehrung soll den Verdiensten gelten, die sie sich um Aufbau und Entwickelung unserer Fachwissenschaft erworben haben. Es wäre somit auf der einen Seite die ständige Ehrenpräsidentenliste, auf der anderen Seite wären die oben erwähnten Auswüchse zu beseitigen.

Onodi.



## Personalnachrichten.

An der Universität Sassari ist ein Lehrstuhl für Oto-Rhino-Laryngologie eingerichtet worden, auf den Prof. Dr. De Carli berufen worden ist.

---

Dr. Carlo De Rossi ist zur Privatdocentur in Rom zugelassen worden.

---

An der Academie in Cöln wurde der vereinigte Lehrauftrag für Otologie und Rhino-Laryngologie dem Prof. Dr. Preysing übertragen.

---

Dr. Emil Glas ist zur Privatdocentur für Rhino-Laryngologie an der Universität Wien zugelassen worden.

---

## Redactionelles.

Herr Dr. Brindel (Bordeaux) ist aus der Mitarbeiterschaft des Centralblatts ausgeschieden. Wir sprechen ihm auch an dieser Stelle für die dem Blatte geleisteten Dienste unseren Dank aus. An seiner Stelle wird Herr Dr. Lautmann (Paris) einen Theil der französischen Literatur referiren.

---

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, December. 1909. No. 12.

## I. Referate.

### a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Trofimow. Bericht über die Thätigkeit der neueröffneten klinischen Abtheilung an der Universität Kiew. (Otscherk dejatelnosti wnow otkritawo spetsiwlnawo klinitsch. otdelenija uniwersitita sw. Wladimira w g. Kiewe.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. p. 303. 1908.*

Die Abtheilung functionirt unter der Leitung von N. Trofimow seit dem 1. Juli 1906. Bestätigt wurde sie erst 1907.

Im Jahre 1907 sind in der Abtheilung 261 Operationen ausgeführt worden mit 10 Todesfällen. Die meisten Operationen betrafen Ohrenkranke.

Besonders hervorzuheben verdient die Art der allgemeinen Narkose. Sie wird nach Dr. Krushilin per rectum mit Aether ausgeführt.

P. HELLAT.

2) **Jürgens. Ueber die Lage der Ohren- und Halskranken während des russisck-japanischen Krieges. (K woprosu o poloshenii stradawschich uschminii gorlowini bolesjami wo wremja biwshei rusko-japonskoi boini.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 268. 1908.*

J. hält es für ein Hauptübel, dass trotz der grossen Anzahl einberufener Specialisten oto-rhinologische Patienten keine specialistische Hülfe haben konnten. Specialisten für Ohren-Rachenkrankheiten mussten sich mit Diarrhoen und Dermatosen beschäftigen, während Syphilidologen und Accoucheurs Larynxkranke in Behandlung hatten.

Ferner fehlten jegliche specialistischen Instrumente.

Zum Schluss wird das ungemein günstige Klima der Mandschurei für die Leiden der oberen Luftwege hervorgehoben.

P. HELLAT.

3) **Chiari** (Wien). **Einige Beispiele von der Thätigkeit des Laryngo-Rhinologen als Sachverständigen.** *Medic. Klinik. 38. 1909.*

Die ärztlichen Gutachten betreffen eine traumatische Stenose des Oesophagus, die Chiari als eine traumatische Neurose auffassen musste, welche durch Schreck

entstanden war. In einem zweiten Falle, war Klage gestellt worden, weil bei der Aetzung von Geschwüren im Rachen mit Lapisstift ein 2 cm langes Stück von diesem abgebrochen und verschluckt worden war. Es musste dies als ein unglücklicher Zufall, nicht als Kunstfehler bezeichnet werden. Auch im dritten Falle, wo ein angeblicher Kunstfehler bei Septumoperation gemacht worden sein sollte, konnte die Klage als unberechtigt zurückgewiesen werden. SEIFERT.

4) **Notiz des Herausgebers. Die gewöhnliche „Erkältung". (The ordinary „cold".)** *N. Y. Medical Journal. 10. April 1909.*

Verf. lässt das ganze therapeutische Rüstzeug, das bei acuten Rhinopharyngitiden angewandt wird, Revue passieren, um zu dem Resultat zu kommen, dass fast jedes Mittel für gewisse Fälle hilft, aber nicht für alle. LEFFERTS.

5) **John A. Fordyce. Einige Affectionen der Mund- und Rachenhöhle, die auf Hautkrankheiten zu beziehen sind. (Some affections of the oral and nasal cavities which are related to skin diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 6. März 1909.*

Die Beziehungen zwischen Affectionen der äusseren Haut und der Schleimhaut der oberen Luftwege ergeben sich nicht nur bei den reinen Dermatosen, sondern auch bei den acuten exanthematischen Krankheiten (Koplik'sche Flecken bei Masern, Pusteln im Mund bei Pocken, Himbeerzunge bei Scharlach etc.).

Die Eruptionen auf der Schleimhaut zeigen gewisse Eigenthümlichkeiten gegenüber denen auf der Haut, so dass die Diagnose dadurch schwieriger wird. So ist infolge der grösseren Transparenz der Schleimhaut der Farbencontrast nicht so gross; infolge der Feuchtigkeit und Maceration, sowie durch secundäre Infection treten Veränderungen ein u. s. w. LEFFERTS.

6) **Felix Cohn. Die eruptiven Zustände in Nase und Hals vom laryngologischen Standpunkt betrachtet. (The eruptive conditions of the nose and throat; their consideration from the point of view of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Ref. macht ausser auf die bekannten Schleimhauterscheinungen bei Masern und Scharlach aufmerksam auf eine eigenthümliche circumscripte, herpesartige Eruption auf den Tonsillen und den hinteren Rändern der Zunge als erstes Symptom beim Typhus; es kann ein paar Tage lang eine Diphtherie vorgetäuscht werden.

Herpes der Schleimhaut kann in viererlei Art auftreten: 1. fieberhaft mit einer gleichzeitigen Hauterkrankung, 2. an Stelle der Hautaffection, 3. als Vorläufer der Hautaffection, 4. unabhängig von jeder Dermatose als reine Halsaffection.

Chronischer Herpes ist verhältnismässig selten; seine differentielle Diagnose, z. B. gegenüber dem chronischen Pemphigus, ist sehr schwer. Vom chronischen Pemphigus der Schleimhaut hat Ref. 4 Fälle gesehen.

Verf. bespricht dann noch den Lichen ruber planus, die durch Arzneimittel hervorgerufenen Erscheinungen und das angioneurotische Oedem. EMIL MAYER.

7) Louis Fischer. **Eruptionen in Nase und Hals bei Kindern vom pädiatrischen Standpunkt. (Eruptive manifestations in the nose and throat of children from a pediatric standpoint.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Bei vielen fieberhaften Erkrankungen der Kinder treten herpetische oder urticariaähnliche oder ulcerative Eruptionen in den oberen Luftwegen auf.

Die bei Kindern am häufigsten angetroffenen eruptiven Erscheinungen sind: Die Angina ulcero-membranacea, Urticaria, angioneurotisches Oedem, Psoriasis, Scleroderma, Erysipel, Pemphigus, Pseudocalloid (Fordyce's Disease), Pseudoherpes, Psilosis, Leukoplakie. EMIL MAYER.

8) L. Grünwald (München). **Ueber psychisch bedingte Erscheinungen im Bereich der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Die interessante Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden. HECHT.

9) Wilhelm Grosskopf (Osnabrück). **Einfluss der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf die oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 507. 1908.*

Es ergiebt sich aus Untersuchungen an 50 Fällen folgender Schluss:

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind zweifellos von Einfluss auf die oberen Luftwege, und zwar setzen die Veränderungen während der Schwangerschaft ein, erfahren im weiteren Verlaufe derselben eine Steigerung, um im Wochenbett wieder zu schwinden. Die Veränderungen sind entzündlicher Natur; so erklärt sich, da die entzündlich veränderte Kehlkopfschleimhaut ihres natürlichen Schutzes gegen das Eindringen von Krankheitserregern beraubt ist, die Prädisposition der Schwangerschaft für Kehlkopftuberculose. Eine auffallende Erscheinung ist die Thatsache, dass starke Blutungen in der Geburt durch anämische Zustände, schwere und langdauernde Geburten sich durch Blutaustritte in die oberen Luftwege bemerkbar machen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

10) J. W. Gleitsmann (New York). **Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.** (Referat über Tuberculose und Lupus der Nase, des Nasenrachenraumes und Pharynx für den Internationalen Laryngo-Rhinologencongress. Wien, April 1908.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 110. 1908.*

Von neueren Behandlungsmethoden wird besonders die contactlose Heissluftcauterisation von Holländer lobend hervorgehoben. Sie besteht in der Application eines heissen Luftstroms von 300—400° auf die erkrankte Stelle, ohne sie selbst zu berühren. Durch die Hitze werden die Bacillen getödtet und Nekrose hervorgerufen.

Ebenfalls wird die Behandlung mit Tuberculin warm empfohlen, bei deren vorsichtiger Anwendung Verf. nie unangenehme Reactionen oder Zufälle gehabt hat; nur bei ausgedehnten Infiltrationen im Larynx ist äusserste Sorgfalt nöthig, oder auch gänzliche Vermeidung der Kur, um Erstickungsgefahr infolge einer etwaigen reactiven Schwellung zu vermeiden. Gute Erfolge mit Radium werden berichtet.

Verl. räth ferner, sich von der etwaigen Existenz von Tuberculose der hypertrophischen Rachenmandel zu überzeugen. Um eine zu befürchtende Infection und Weiterverbreitung der Tuberculose zu verhindern, ist sorgfältige Nachbehandlung, wie Reinigung, Cauterisation der Wunde u. s. w. zu empfehlen. Verf. hat durch Ausserachtlassung dieser Cautelen nach Operation einer sonst ganz latenten Mandelaffection eine Lungentuberculose entstehen sehen.

Ausserdem ist nach Ansicht des Verf. Entfernung etwa vorhandener infiltrirter Lymphdrüsen dringend zu rathen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

11) **Most** (Breslau). **Die Infectionswege der Tuberculose.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 8. 1908.*

Aus der interessanten Arbeit des durch seine Untersuchungen über die Lymphbahnen rühmlich bekannten Autors interessiren hier zunächst die Abschnitte über Beziehungen der Lungentuberculose zu den Halslymphdrüsen resp. Tonsillengebiet und der Rachenschleimhaut.

Der Autor kommt zu dem Schluss, dass ein Infectionsweg, der von der Tonsillengegend über das Halslymphgebiet zur Pleuragruppe führen soll, nicht existirt.

Ebenso kommt nicht, höchstens in ganz vereinzelten Fällen der zweite Infectionsweg, der vom Rachenlymphgebiet auf die tracheo-bronchialen Drüsen hinübergehen soll, in Frage.

Bezüglich der Halsdrüsentuberculose resumirt der Verf. auf Grund eigener Untersuchungen an 47 operirten Fällen, dass in etwa einem Drittel der Fälle die Halsdrüsentuberculose in den Gesichtspartien ihre Ursache hat, und hier spielen die sogenannten scrophulösen Ekzeme um Mund, Nase und Auge wohl die bedeutsamste Rolle. In mindestens zwei Dritteln der Fälle sind wir auf die Schleimhaut der Nasen- und Rachenhöhle als Infectionsquelle hingewiesen, und hier ist wiederum der lymphatische Rachenring der ätiologisch wichtigste Factor.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **Sabourin. Rückwirkung von Rhinopharyngitiden auf die Lungentuberculose. (Répercussion de rhino-pharyngites sur la tuberculose pulmonaire.)** *Journal des Praticiens. 14. August 1909.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei Phthisikern während acuter Rhino-Pharyngitiden eine Verschlechterung der Lungenerscheinungen zu beobachten ist: wo vorher trockene Geräusche vorhanden waren, traten feuchte auf, und auch an Stellen, die bereits geheilt waren, traten solche auf. GONTIER de la ROCHE.

13) **F. Robert Zeit. Ein Fall von acutem Rotz beim Menschen. (A case of acute human glanders.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, der mit dünnem wässerigem Ausfluss aus der Nase und Schmerzen in der linken Schulter und starkem, eine halbe Stunde anhaltendem Schüttelfrost mit nachfolgender extremer Schwäche in den unteren Extremitäten begann. Die Schulterschmerzen und die Störungen des Allgemeinbefindens hielten eine Woche lang an, dann traten typhusähnliche Symptome auf: Delirium in der Nacht, hohes Fieber, Kopfschmerzen, Diarrhoe und Schmerzen in

der linken Schulter. Es stellte sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Beins ein, gewisse Rigidität der Nackenmusculatur, gesteigerte Reflexerregbarkeit, dabei normale Morgentemperaturen. Ein paar, klares Serum enthaltende Bläschen zeigten sich auf der linken Schulter.

Bei der vom Arzte am 26. Krankheitstage vorgenommenen Untersuchung wurde Pat. delirirend mit starren Augen, rother trockener Zunge, verstopfter Nase im Bett gefunden. Die linke Schulter war mit Bläschen bedeckt. Der Puls war flatternd, aussetzend. Ueber der linken Fibula, gerade unterhalb des Knies fand sich ein ungefähr 50pfennigstückgrosser, sehr schmerzhafter, harter und unebener Knoten. Der pustulöse Ausschlag breitete sich über die linke Brustseite bis zum Nabel, nach oben auf das Gesicht und vom rechten Handgelenk bis zum Ellenbogen aus. Der Urin enthielt etwas Eiweiss, gab keine Diazoreaction; Widal war negativ. Die Bacillen waren gramnegativ. Es wurden charakteristische Culturen erhalten; subcutane und intraperitoneale Impfung auf Meerschweinchen war negativ.

LEFFERTS.

14) **Gaston** und **Commandon** (Paris). **Das Ultramikroskop und seine wesentliche Rolle bei der Diagnose der Syphilis. (L'ultramicroscope et son rôle essentiel dans le diagnostic de la syphilis.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 19. März 1909.*

Verf. behaupten, dass es selbst in Fällen, wo die Infection mehrere Jahre zurückdatirt, möglich sei, im Pharynx die Spirochaeta pallida nachzuweisen.

GONTIER de la ROCHE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **M. Perrin. Beitrag zur Entwickelung der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude du développement des fosses nasales.)** *Dissert. Lille 1908.*

In vorliegender Arbeit über die Entwicklung der Nasenhöhle stützt sich P. nicht auf eigene Untersuchungen, sondern referirt den französischen Lesern die Arbeiten deutscher Autoren, vor Allem die grundlegenden Untersuchungen von His.

OPPIKOFER.

16) **Zoltán von Lénárt** (Budapest). **Experimentelle Studie über den Zusammenhang des Lymphgefässsystems der Nasenhöhle und der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Die Ergebnisse der Experimente — bestehend in Injection körniger, in Wasser und in der Gewebsflüssigkeit unlöslicher Stoffe in die Nasenschleimhaut von Kaninchen, Hunden und Ferkeln unter minimalem Drucke — sind folgende:

1. Die injicirten Massen können von der Nasenschleimhaut vermittelst der Lymphbahnen in die Tonsillen gelangen. Hierdurch wird experimentell bestätigt, dass Infectionskeime aus der Nase durch die Lymphbahnen in die Mandeln überwandern und hier eine Entzündung hervorrufen können.

2. Bestätigung der Annahme A. Most's über die Lymphströmung der Nase und des Rachens in vivo, auf welche er nach seinen anatomischen Untersuchungen schloss.

3. Fremdkörper der Tonsillen werden zum Theil gegen deren Oberfläche ausgeschaltet.

4. Zwischen den Lymphgefässen beider Tonsillen besteht ein inniger Zusammenhang, da nach einseitiger Injection die Körnchen nicht nur in die correspondirende, sondern auch in die anderseitige Tonsille eindringen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

17) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die Proportionen der Geruchscompensation.** *Onderzoekingen Physiol. Lab. Utrecht. 5. Reihe. IX.*

18) **H. Zwaardemaker. Die vektorielle Darstellung eines Systems von Geruchscompensationen.** *Ibidem.*

Weitere Arbeiten zur Physiologie des Geruchssinnes. H. BURGER.

19) **Onodi** (Budapest). **Intermittirende Störungen des Geruchssinns.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

O. hat 4 Fälle von intermittirender Anosmie beobachtet und giebt eine kurze Schilderung der beobachteten Symptome. v. NARVATIL-POLYAK.

20) **Charles K. Mills. Die Hirncentren für Geruch und Geschmack. (The cerebral centres for taste and smell.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1908.*

Verf. berichtet über einen Patienten, der 10 Jahre lang Anfälle von Bewusstlosigkeit hatte, denen bisweilen Convulsionen folgten. Es ergab sich, dass der Geschmackssinn gestört, der Geruch aber erhalten war. Die Gehirnsection zeigte einen Tumor in der linken Hemisphäre, welche viel grösser war als die rechte.

In der epikritischen Betrachtung des Falles kommt Verf. zu dem Schluss, dass die motorischen und sensorischen Centren, die bei Epilepsie mit gastro-intestinaler Aura in Betracht kommen, in derselben Hirnregion liegen, wie die corticalen Centren für Geschmack und Geruch. LEFFERTS.

21) **A. Jurasz** (Lemberg). **Kälteapplication auf den Nacken bei Nasenbluten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1909.*

Bezugnehmend auf die Muck'sche Arbeit (Münch. med. Wochenschr. 1909. No. 29) macht Jurasz — unter Mittheilung einer einschlägigen Krankengeschichte — auf die prompte Wirkung der Kälteapplication auf den Nacken bei Nasenbluten aufmerksam. Dieses längst bekannte und viel gebrauchte Volksmittel — Auflegen eines in Eiswasser eingetauchten und ausgedrückten Handtuches oder Auflegen kalter Schlüssel auf den Nacken — ruft reflectorisch eine Contraction der Nasenschleimhaut-Blutgefässe hervor und lässt dadurch, wenn auch nur vorübergehend, die Blutung schnell zum Stillstand kommen. HECHT.

22) **O. Muck** (Essen). **Ueber eine durch cutane Kälteeinwirkung auf die Nackengegend periodisch zu erzeugende Ischämie der congestionirten Nasenschleimhaut. Ein prophylaktisch-therapeutischer Vorschlag für nasale Reflexneurosen (Asthma bronchiale und Rhinitis vasomotoria).** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Muck erörtert die anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Medulla oblongata und Nasenschleimhaut und empfiehlt das durch Kältereiz auf

die Nackenhaut zu erzielende Abschwellungsphänomen der Nasenschleimhaut zu therapeutischen Zwecken. Es ist neben der Kältewirkung noch „der mechanische Reiz des direct auf den Nacken aufspritzenden Wassers“ zur Erzielung der vollständigen Reaction nöthig. Auflegen von nassen Tüchern oder Eisbeutel wirken nur unvollkommen; am zweckmässigsten ist die Brause oder Uebergiessung mehrerer Liter kalten Wassers über den Nacken. **Muck** berichtet über einen auf diese Weise therapeutisch sehr günstig beeinflussten Fall von Asthma bronchiale nasale und empfiehlt die gleiche Therapie bei vasomotorischer Rhinitis, sowie bei protrahirtem Verlauf acuter Rhinitiden. Zugleich warnt M. vor der localen Application des Cocains bei derartig chronischen Erkrankungen wegen der Gefahr des Cocainismus.

HECHT.

23) **R. Helot. Der „kalte Schlüssel“ auf den Rücken bei Nasenbluten. (The cold key to the back in epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1907.*

Verf. spricht von der günstigen Wirkung, die bisweilen die Anwendung der Kälte bei Nasenbluten hat, und von dem Volksgebrauch, diese Kältewirkung durch Application von Metallgegenständen, besonders von grossen Schlüsseln in den Nacken zu erzielen.

LEFFERTS.

24) **Angelo Signorelli. Linksseitiges Nasenbluten vor den Anfällen bei Malaria. (Epistassi preaccessionale sinistra nelle infezione malarica.)** *Atti delle Clinica oto rino-laringoiatrica di Roma. 1908.*

Verf. hat bei Malariakranken bei Auftreten des Fieberanfalles linksseitiges Nasenbluten beobachtet, ohne dass anatomische Veränderungen an der Nasenschleimhaut zu constatiren waren. Er erklärt dies durch starke vasomotorische Reactionen, die durch den malarischen Fieberanfall ausgelöst werden und durch die vorübergehende Zunahme des Blutdrucks im Beginn des Anfalls.

FINDER.

25) **Mühlenkamp. Ueber die diametral gegenüberstehenden Folgeerscheinungen zweier Fremdkörper in der Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

In dem ersten Falle, 3—4jähriges Kind, hatte ein metallischer, mit einer Oese versehener runder Knopf durch $1^1/_2$ Jahre hindurch in der Nase gesteckt und durch die hierdurch bedingte Reizung zu Granulationsbildung und Eiterung geführt, die eine starke Entzündung des rechten Cavum nasi mit partiellem Defect des rechten Nasenflügels im Gefolge hatte. Im Gegensatz hierzu berichtet Autor einen zweiten Fall, in dem bei einem 25jährigen Patienten eine kleine Kugel von einer Kinderrechenmaschine ca. 19 Jahre vollkommen reactionslos vor dem Kopfe der mittleren Muschel lag.

HECHT.

26) **G. Krebs** (Hildesheim). **Fremdkörper in der Nasenhöhle als Ursache für Oberkieferempyem. (Foreign bodies in the nasal cavity as a cause of maxillary empyema.)** *Archives Otology. Juni-August 1908.*

Es werden zwei Fälle angeführt, von denen der eine durch ein Getreidekorn in der Nase verursacht wurde. Es stand fest, dass vor Eindringen des Fremdkörpers die Höhle gesund war. Um das Korn bildeten sich Granulationen und von da aus ging die Infection der Höhle vor sich.

EMIL MAYER.

27) **Gorodetzki. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dobawotschni sub w polosti nosa.)** *Jeshemesjatschnik. p. 541. 1908.*

Klagen — Undurchgängigkeit der Nase und beständiger Schnupfen. Zahnreihe erhalten, complet.

P. HELLAT.

28) **D. L. Sevrill. Fremdkörper 44 Jahre in der Nase. (Foreign bodies in the nose for 44 years.)** *Lancet. Vol. II. p. 712. 1909.*

Ein in der Nase seit 44 Jahren steckender Knopf bildete den Kern eines grossen Rhinolithen, der nahe der linken Choane sass.

WATSON WILLIAMS.

29) **Dodin. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dobawotschni sub w nosowoi polosti.)** *Jeshemesjatschnik. p. 399. 1908.*

Die Ueberschrift besagt alles.

P. HELLAT.

30) **Faure. Grosser Rhinolith in der rechten Nase. (Rhinolithe volumineux de la narine droite.)** *Soc. des sciences méd. de la Loire, 1908.*

Frau mit Nasenverstopfung und eitriger Absonderung. Verf. entfernte zuerst eine käsige Masse, dann ein Stück eines Drains, das bei einer früher stattgehabten endonasalen Behandlung vergessen worden war.

C. CARTAZ.

31) **A. Putschkowski** (Smolensk). **Zur Casuistik der Rhinolithen. (K kasuistike rinolitow.)** *Wratschebnaja Gaseta. No. 29 u. 30. 1908.*

Ein Nasenstein bei einem Erwachsenen. Die ausführliche Besprechung des Falles enthält nichts Neues.

P. HELLAT.

32) **J. Alksne** (Libau). **Zur Casuistik der Nasensteine.** *Zeitschr. f. Laryngol. Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 15. 1909.*

Der 6 g schwere Stein wurde bei dem 23jährigen Patienten aus der rechten Nasenhälfte extrahirt, enthielt in seinem Innern den Kern einer Sonnenblume und bestand hauptsächlich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk.

OPPIKOFER.

33) **A. J. Schapiro. Zur Frage über den Einfluss der behinderten Nasenathmung auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes, auf die Athmung und Circulation. (K woprosu o wlijanii satrudnennawo nossowawo dichania na morfologitscheski sostaw krowi, dichanie i krowoobruschtschenie.)** *Dissert. Moskau 1907.*

Als Folge des behinderten Luftzutritts in die Lungen führt Verf. folgende Erscheinungen an: Bei Kindern (es wurden 131 Kinder mit Rachenwucherungen untersucht) 1. ist die Zahl der Erythrocyten subnormal, der Leukocyten aber bedeutend vergrössert, 2. ist die Operation der Rachenmandel von keinem Einfluss auf die rothen Blutkörperchen, die Leukocyten aber verringern sich danach zusehends.

Die Versuche an jungen Hunden, denen die Nase längere Zeit tamponirt war, ergaben folgendes: 1. Das Athmen wird langsamer, die Excursionen des Thorax grösser, das Diaphragma nimmt eine tiefere Stellung und der Druck in der Trachea wird höher, 2. der arterielle Druck und der Druck in den peripheren Venen wird grösser, im rechten Ventrikel und an den Venenmündungen aber geringer, 3. ein

Anwachsen der Erythro- und Leukocyten und des Hämoglobins des Blutes, 4. bei der Section ein deutliches Emphysem, 5. wirkt die einseitige Nasenverstopfung weder auf die Blutcirculation, noch auf die Athmung des Thieres.

GOLDSTEIN-HELLAT.

34) **Donald T. Atkinson. Einige Wirkungen der Nasenstenose. (Some results of nasal stenosis.)** *Texas State Journal of Medicine. Mai 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen durch Nasenverstopfung bedingten reflectorischen und mechanischen Störungen. EMIL MAYER.

35) **Otto Glogau. Nasenverstopfung bei Kindern. (Nasal obstruction in children.)** *American Medicine. April 1909.*

Verf. theilt die Nasenverstopfungen in 2 Gruppen: weiche Nasenverstopfungen und harte; erstere resultieren aus acuten oder chronischen Veränderungen der Schleimhaut, letztere aus angeborenen oder erworbenen Veränderungen des knorplig-knöchernen Stützwerkes.

Verf. setzt die Rachenmandel in einen Vergleich zur Schilddrüse und meint, wenn der „Furor adenoidicus" erst vorüber sein werde, werde man erst die Symptome der „Cachexia adenoipriva" kennen lernen und conservativer werden in Bezug auf die Entfernung eines Organs, dessen Functionen wir nicht kennen.

Unter 2064 Kindern fand Verf. bei 1600 Septumverbiegungen; von diesen waren 342 unter 7 Jahren und 91 unter 4 Jahren. EMIL MAYER.

36) **Réthi** (Wien). **Die Verstopfung der Nase in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1909.*

Ein für die allgemein practizirenden Aerzte bestimmter Vortrag in einem Bezirksärzte-Verein in Wien. HANSZEL.

37) **O. Chiari. Ueber angeborene, membranöse, retronasale Verschlüsse der Choanen.** (Nach einem auf der 80. Versamml. Deutscher Naturforsch. u. Aerzte in Köln 1908 gehaltenen Vortrage.) *Wiener med. Wochenschr. No. 11. 1909.*

Ch. fand bei den verschiedenen Formen dieser retronasalen Membranen als gemeinsame Eigentümlichkeiten, dass die Membran sich zwischen dem oberen Velumrande, dem Rachendach und den seitlichen Rachenwänden ausspannt, die Tubenostien von hinten her deckt, dass sich die Membran durch Velumbewegung bewegt, die knöcherne Choanalumrandung nicht verengt ist, die Operation meist sehr einfach ist. Sehr wichtig ist die histologische Untersuchung der Membran zum Zwecke der Constatirung des congenitalen Ursprungs, was bisher nur in zwei Fällen geschah. HANSZEL.

38) **Otto Kahler** (Wien.) **Ueber congenitale knöcherne Choanalatresie.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1909.*

Nach Mittheilung der Krankengeschichten von 9 einschlägigen Fällen aus der Chiari'schen Klinik und kritischen Besprechung der vom Autor in der Literatur gefundenen verschiedenen Theorien über Ursache und Folgeerscheinungen der congenitalen Choanalatresien, sowie Erörterung der Frage über den Einfluss der Mundathmung auf die Höhe des Gaumens, bespricht Verf. zum Schluss die Sym-

ptomatologie, Diagnose und Therapie. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

39) **J. P. Clark. Anormale Faltenbildung im Nasenrachen. (Anomalous folds in the nasopharynx.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. April 1908.*

Es handelt sich um symmetrische Gewebsfalten, die sich vom Rachendach zu jedem Tubenwulst ziehen und zwei Vorhängen ähneln, die hinter den Choanen liegen. Diese Falten sind sehr selten; wenn sie bei Trägern von Adenoiden vorkommen, so tragen sie zur Vermehrung der durch diese bedingten Störungen bei; ein Versuch, sie zu beseitigen, kann zur Verletzung der Tube führen. Es werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen diese Falten an die Tubenwülste angeheftet waren und wie Portieren zum Rachendach herabzogen. Die mikroskopische Untersuchung von einem exstirpirten Stückchen der Falte ergab nur normale Rachenschleimhaut.

EMIL MAYER.

40) **Herm. Merkel** (Erlangen). **Zur Kenntniss der primären Tuberculose der Nasenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Nach Besprechung des Infectionsmodus und der Entscheidung über secundäre und primäre Infection kritische Erörterung der einschlägigen Literatur und Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines einschlägigen Falles. Es handelte sich um eine primäre käsige Tuberculose der Nasenrachenschleimhaut, die erst auf dem Sectionstische festgestellt wurde. Beachtenswerth ist, dass im Sputum stets Tuberkelbacillen gefunden wurden, obwohl nach sorgfältigstem Durchsuchen sämmtlicher Organe der Leiche der Nasenrachenherd als einzige Manifestirung der Tuberculose festgestellt werden konnte.

HECHT.

41) **Maljutin** (Moskau). **Eine neue plastische Operationsmethode bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 55. 1908.*

Die bei dem Pat. erhaltene Uvula, die als unnützer Appendix in die Mundhöhle hineinragt, wurde zur Plastik benutzt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **Rowland G. Freeman. Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar. 1909.*

Verf. warnt vor dem Gebrauch von Anästheticis, besonders bei Kindern mit lymphatischer Constitution. Wenn ein Anästheticum gebraucht wird, so solle man Lachgas anwenden.

LEFFERTS.

43) **Arthur J. Herzig. Folgen der Adenoiden. (Sequelae of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Adenoide bei Kindern unter einem Jahr sollen als Schutz gegen Infection betrachtet und nur aus zwei Indicationen entfernt werden, nämlich wenn die Nahrungsaufnahme behindert ist und wegen Mittelohreiterung.

LEFFERTS.

44) **L. Williams. Adenoide Vegetationen, Enuresis nocturna und die Schilddrüse. (Adenoids, nocturnal incontinence and the thyroid gland.)** *Lancet. Vol. I. p. 1245. 1909.*

Bericht über 25 Fälle von Enuresis nocturna bei Kindern mit adenoiden

Vegetationen, die mit Schilddrüsenextract behandelt wurden: in 24 Fällen mit Erfolg, in einem erfolglos. In dem ersten, einen 9jährigen Knaben betreffenden Fall, verschlechterte sich die Incontinenz nach der Operation, die hauptsächlich gemacht wurde, um diese Erscheinung zum Verschwinden zu bringen, derartig, dass Verf. meint, die Adenoiden wären möglicher Weise das Ergebniss einer Schilddrüseninsufficienz und stellten gewissermaassen eine Schutzmaassregel gegen die Enuresis nocturna durch ihre innere Secretion dar.

Verf. betont die Nothwendigkeit einer genauen Dosirung. Vor Allem soll die Anfangsdosis klein sein und die Steigerung sehr vorsichtig erfolgen. Die minimale wirksame Dosis soll fortgesetzt werden, denn bei Ueberdosirung tritt vermehrte Enuresis nocturna ein. WATSON WILLIAMS.

45) **Joh. Fein** (Wien). **Zur Abtragung der Rachenmandel.** *Mit 2 Abbildungen. Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1909.*

F. berichtet über eine Modification, die er an seiner Curette vorgenommen hat: „Der Stiel weist eine wesentlich verkürzte Form auf. Der Winkel zwischen der Handgriffsachse und dem quer gebogenen Abschnitt des Stieles wurde sehr stumpf genommen und der eigentliche Handgriff noch massiger und ganz nach der Gestaltung der zufassenden Hohlhand geformt, um sicher und kräftig gehalten werden zu können.“ Hierdurch ist die „vollständige Entfernung aller Theile der Rachenmandel“ sehr einfach geworden. Das neue Instrument wird in 4 Grössen von Reiner, Wien geliefert. HECHT.

46) **W. C. Howle. Ein Fall von Henoch'scher Purpura. (A case of Henoch's Purpura.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1908.*

Als Verf. den 8jährigen Patienten im Juni 1908 zuerst sah, bestanden Leibschmerzen, Erbrechen, blutiger Urin und ein purpurfarbenes Erythem an Armen, Beinen und Brust. Der Fall war 3 Monate lang in Beobachtung; Perioden der Besserung und Verschlimmerung wechselten. Während einer Periode relativen Wohlbefindens wurden auf Rath eines Consiliarius die adenoiden Vegetationen entfernt. Zwei Wochen später starb der Knabe.

In der Epikrise des Falles sucht Verf. die Erkrankung als eine wahrscheinlich von den Tonsillen und Adenoiden ausgehende Infection zu erklären und wirft die Frage auf, ob man in solchem Falle berechtigt ist, Tonsillen und Adenoide zu entfernen, ob der Ausgang anders gewesen wäre, wenn die Operation früher oder überhaupt nicht vorgenommen wäre. A. J. BRADY.

47) **Samuel Iglauer. Eine Methode, um Blutungen während der Adenoidoperation vorzubeugen. (A method of preventing hemorrhage during Adenectomy.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Die Methode besteht darin, dass vor Beginn der Operation die Zugstreifen eines postnasalen Tampons eingeführt werden und dass dann unmittelbar nach der Operation der Tampon an seinen Platz gezogen und dort einige Minuten liegen gelassen wird. EMIL MAYER.

48) **Haymann** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Mandeln. 7. Ueber Blutungen nach Excision der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 15. 1908.*

Verf. unterscheidet 2 Typen von Blutungen: solche, die unmittelbar im Anschluss an die Operation auftreten, jedenfalls in continuirlichem Zusammenhang mit dieser stehen, und solche, bei denen zwischen Operation und Blutung ein längerer Zwischenraum liegt: Nachblutungen.

Er geht näher auf die Hämophilie ein und beschreibt einen selbst beobachteten Fall von letaler Blutung und Excision der 3 Mandeln. Auch Beispiele für die letale Blutung bei nicht erkannter Leukämie werden gegeben. Die starken postoperativen Blutungen im etwaigen Zusammenhang mit der Menstruation werden gestreift.

Von Nebenverletzungen führen wohl Verletzungen am hinteren freien Rand des Septums und eines stark vorspringenden Atlasbogens, besonders aber die Läsion hinterer Muschelenden am häufigsten zu stärkeren Blutungen.

Grössere Schwierigkeiten bereiten der Deutung die Nachblutungen.

Auf 3000 Fälle kommen 21 stärkere Nachblutungen.

Das Alter spielt dabei nicht die geringste Rolle. Veränderungen der Rachenmandel selbst kommen anscheinend garnicht oder nur ausnahmsweise in Betracht. Maassgebend dafür sind Nebenverletzungen und besonders das Zurückbleiben partiell abgetragener Gewebsfetzen.

Zum Schluss geht Verf. auf die Therapie der Blutungen ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

49) **Kafemann** (Königsberg). **Der Verlauf einer Blutung nach einer Adenoidoperation bei einem Bluter mit Bemerkungen für die ärztliche Praxis.** *Med. Klinik. 40. 1909.*

Die Operation bei dem 10jährigen Knaben verlief unter ganz geringem Blutverlust, aber 3 Minuten nachher trat eine Blutung ein, die auch nach Tamponade des Nasenrachenraums nicht vollständig zu stillen war. Von einer Lösung: Calcii chlorati purissimi crystall. 4,0, Sir. Menthae 50,0, Aq. destill. 100,0, liess K. $^1/_4$ stündl. 1 Essl. voll nehmen und es scheint, als ob dieses die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigernde Mittel an der Beendigung der Blutung betheiligt war.

SEIFERT.

50) **Victor Lange. Einige Bemerkungen über Operation wegen adenoider Vegetationen mit Angabe von einem Ringmesser mit Fangapparat. (Nogle Bemerkninger om Operation af adenoide Vegetationer med Angivelse af en Ringkniv med Fangapparat.)** *Hospitalstidende. No. 31. 1909.*

Der Apparat ist Gottstein's Ringmesser ähnlich mit zwei Rippen an der concaven Seite versehen, um die adenoiden Vegetationen zu fassen.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

51) **Samuel Goldstein. Eine neue Adenoidencurette. (A new adenoid curette.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Die Curette wird in 2 Grössen angefertigt; sie hat eine steigbügelartige

Form mit einer geraden, scharf schneidenden Klinge, die im rechten Winkel zum Handgriff steht. Die Seiten des Fensters sind abgerundet, so dass jede Gefahr einer Verletzung der Tuba Eustachii ausgeschlossen ist. LEFFERTS.

52) **A. Schliebs. Neuere Behandlungsmethoden der Geschwülste des Nasenrachenraums.** *Dissert. Greifswald 1908.*

Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden unter besonderer Berücksichtigung der osteoplastischen Resection beider Oberkiefer nach Kocher.

OPPIKOFER.

53) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Ueber die eigentliche Ursprungsstelle und die Radicaloperation der solitären Choanalpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 82. 1908.*

In seiner ausführlichen, durch Abbildungen ausgezeichneten Arbeit, kommt Verf. zu folgendem Résumé:

1. Die solitären Choanenpolypen sind ein Stadium der ausgewachsenen Antrumpolypen. Sie sind meist von Antrumpolypen begleitet.

2. Richtige Benennungen sind: Antrumpolypen, Antronasalpolypen, Antrochoanalpolypen, Antroepipharyngealpolypen, Antromesopharyngealpolypen, Antrohypopharyngealpolypen, Antrolaryngealpolypen, Antrooralpolypen, je nach dem Grade des Wachsthums.

3. Der Choanenpolypenbildung geht eine Entzündung oder Eiterung der Kieferhöhle voran: die genaue Untersuchung der Kieferhöhle darf bei den Choanenpolypen nicht vergessen werden.

4. Das Ostium accessorium maxillare ist bei den Choanenpolypen meist gross und lässt sich leicht sondiren.

5. Die Choanenpolypen können bis zum Larynx oder Mund auswachsen und durch äussere Reize ein malignes Aussehen erhalten.

6. Die Choanenpolypen (resp. Antrumpolypen) recidiviren solange der Mutterboden im Antrum nicht radical beseitigt ist.

7. Die Radicaloperation der Choanen(resp. Antrum-)polypen ist am besten, besonders beim gleichzeitigen Vorhandensein einer Kieferhöhleneiterung dadurch zu erzielen, dass man die Kieferhöhle von der Backentasche aus breit eröffnet, die degenerirte polypöse Schleimhaut in toto auskratzt, die ausserhalb der Kieferhöhle gewachsene Partie durch die accessorische Mündung nach dem Antrum extrahirt und die Wunde primär schliesst. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **Suñé** (Barcelona). **Nasenpolypen. (Polipo naso faringeo.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de la gargenta etc. No. 13. 1908.*

Der Polyp hatte eine doppelte Insertion: in der Nase und im Pharynx. Exstirpation mittelst Bistouri und kalter Schlinge. TAPIA.

55) **Gordon King. Ein Fall von Fibrom des Nasenrachens, durch Abreissen entfernt. (A case of fibroma of the naso-pharynx removed by avulsion.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. September 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.



56) **Scheppegrell** (New-Orleans). **Fibröse Nasenrachentumoren. (Tumeurs fibreuses du naso-pharynx.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 8. 22. Februar 1908.*

Verf. räth zur Anwendung einer Schlinge, die dem Wright'schen Polypotom analog ist. Er cauterisirt den Stiel und tamponirt die Wunde, um eine Blutung zu vermeiden.

BRINDEL.

57) **G. Trautmann** (München). **Bemerkungen zur Operation der Schädelbasisfibrome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Kurze Zusammenstellung der Symptomatologie und der bisherigen Operationsmethoden.

Beschreibung eines eigenen Falles mit erfolgreicher Operation am hängenden Kopf in Chloroformnarkose.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

58) **Bruck** (Berlin). **Zur operativen Entfernung gestielter Nasenrachenpolypen.** *Med. Klinik. 19. 1909.*

Bei einem 17jährigen Mädchen mit einem grossen gestielten Polypen des Nasenrachenraumes legte Br. den Polypen von der Nase aus in die Schlinge, ihn nur in der Mitte einschnürend und riss mit einem kurzen Ruck den Polypen sammt dem Stiele aus.

SEIFERT.

59) **P. J. Mink** (Utrecht). **Ein Nasenrachenpolyp mit Hülfe der Elektrolyse abgetragen. (Een neuskeelpolyp med behulp van electrolyse verwijderd.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1104. 1909.*

Bei einem an linksseitiger Nasenverstopfung leidenden Manne von 28 Jahren wurden einige Nasenpolypen links entfernt; die Choane war von einer ziemlich festen elastischen Geschwulstmasse verschlossen. Bei der Rhinoscopia post. zeigte sich die linke Hälfte des Nasenrachenraumes von einer runden, glatten, dunkelrothen Geschwulst ausgefüllt. Mit der Sonde wurde die Einpflanzung des Polypen an der oberen Choanalwand festgestellt. Es gelang nicht eine Schlinge um die Geschwulst herumzuführen. Mittelst Elektrolyse (Stromstärke von 15 M. A.) wurde in 8 Sitzungen die Geschwulst derart zum Schrumpfen gebracht, dass dieselbe nun ganz leicht und ohne eine Spur von Blutung abgetragen werden konnte.

Die ganze Beschreibung macht einen gewöhnlichen Choanalpolypen weit mehr wahrscheinlich als einen typischen Nasenrachenpolypen.

H. BURGER.

60) **Peraire** (Paris). **Nasenrachenfibrom. (Fibrome naso-pharyngien.)** *Société des chirurgiens de Paris. 9. Juli 1909.*

Verf. entfernte bei einem 59jährigen Mann per os einen Nasenrachentumor von der Grösse einer Mandarine. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein ossificirendes Fibrom, das von einem veritablen Papillo-Adenom der Rachenschleimhaut ausgekleidet ist. Der Fall soll bis dato ein Unicum darstellen.

GOOTIER de la ROCHE.

61) **Klaus** (Tuttlingen). **Die Struma retropharyngea accessoria vera.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 98. 1909.*

Bei dem unter den Erscheinungen eines retro-pharyngealen Abscesses er-

krankten Mädchen wurde eine retro-pharyngeale, theilweise retroösophageale Kropfcyste (ohne Zusammenhang mit der unveränderten Schilddrüse) operativ entfernt. SEIFERT.

62) **Sidney Yankauer. Ein Fall von Carcinom des Nasenrachens und der Keilbeinregion, das auf Anwendung von Radium günstig reagirte. (A case of carcinoma of the naso-pharynx and sphenoid region which responded favorably to the use of radium.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Nach einer Einwirkung von 6 Stunden 10 Minuten im Lauf von 16 Tagen hatte der Tumor erheblich an Grösse verloren. Pat. war wieder fähig, durch die linke Nase zu athmen. Eine bestehende Augenmuskellähmung ging nicht zurück. Verf. führt die mangelhaften Resultate, die oft mit Anwendung des Radiums erzielt werden, zurück auf die nicht genügend lange Expositionsdauer.

EMIL MAYER.

63) **William Stuart-Low. Fall von maligner Erkrankung des Nasenrachens. (Case of malignant disease of the naso-pharynx.)** *Lancet. 20. März 1909.*

35jähriger Mann, der seit 5 Monaten an Nasenverstopfung leidet. In dem rechten hinteren Trigonum cervicale fanden sich grosse Drüsenmassen, kleinere im linken vorderen Trigonum. Der Nasenrachen war mit weichen Massen ausgefüllt, die sich als endotheliales Sarkom erwiesen. Da das Herz schwach war, so wurden die Drüsen auf der rechten Seite unter Localanästhesie entfernt. Am nächsten Tage wurden die Drüsen links entfernt, Laryngotomie gemacht und die Nasenrachengeschwulst mit der Zange entfernt. Pat. wurde nach 6 Tagen entlassen. ADOLPH BRONNER.

64) **James F. Mc. Caw. Primäres Sarkom des Nasenrachens. (Primary sarcoma of the naso-pharynx.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Der Tumor füllte die ganze rechte Hälfte des Nasenrachenraumes aus und berührte den weichen Gaumen. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom. Tracheotomie; Spaltung des weichen Gaumens; Entfernung der Geschwulst in einer nicht sehr befriedigenden Weise. Recidiv in einigen Wochen; grosse Schmerzen, die durch Adrenalin (1 : 1000) prompt erleichtert werden.

Die Geschwulst wuchs sehr rasch. Unterbindung der Carotis brachte nur für kurze Zeit Besserung EMIL MAYER.

65) **Goldstein** (Saint Louis). **Retropharyngeale Abscesse. (Abcès rétro-pharyngés.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 3. 18. Januar 1908.*

Bericht über 3 Fälle bei Kindern. In einem Fall musste die Tracheotomie gemacht werden, bevor der Abscess gespalten wurde. BRINDEL.

66) **Spindler** (Genf). **Einige Beobachtungen über die Pathogenesis des retropharyngealen Abscesses. (Quelques observations sur la pathogenèse de l'abcès retropharyngien.)** *Dissert. Genf 1907.*

Zwei Fälle aus der Züricher Klinik; der eine nach Scharlach, der andere idiopathisch. Beide Exitus.

Der erstere, bei einem $4^1/_2$ jährigem Knaben, zeigt starke Zerstörungen der Tonsillen und des überliegenden Gewebes der Rachenwand, mit Invasion von Leukocyten und dicke Schichten von Mikrokokken in den seitlichen Lymphdrüsen. Der zweite rapid verlaufende Fall bei einem $2^1/_2$ Wochen alten Kinde machte nur geringe Symptome an den Tonsillen, aber Vereiterung der tiefen seitlichen Halsgewebe. Leukocyteninvasion ohne Mikrokokken.

Verf. zieht folgende Schlüsse: Der Retropharyngealabscess wird durch bakterielle Infection verursacht. Die Eintrittspforte waren hier beide Male die Tonsillen. Die Theorie, dass der Retropharyngealabscess von einer retropharyngealen Lymphadenitis ausgeht, hat nicht die allgemeine Gültigkeit, die man ihr beimisst.

JONQUIÈRE.

67) **A. Fallas. Entzündung des Warzenfortsatzes mit retro-pharyngealem Abscess. (Ontsteking van den processus mastoideus met retro-pharyngeale verzwering.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 2066. 1908.*

Ein Fall von vernachlässigter acuter Mittelohrentzündung bei einem 35 jähr. Manne. Taubheit, Ohr- und Mastoidschmerzen rechts seit 5 Monaten. Incision hinter dem Ohre vor 5 Wochen und seitdem eine granulirende Fistel daselbst, in welcher die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Seit einigen Tagen Schmerzen in der rechten Halsseite; trockner Hals; die Bewegungen des Halses sind erschwert. Mastoidoperation. Allein das Fieber bleibt und steigt sogar nach einigen Tagen; das Schlucken wird immer schwieriger. Es bildet sich rechts ein retropharyngealer Abscess, der nach unten bis an den Kehldeckel reicht. Incision vom Munde aus. Heilung.

F. verbreitet sich über die Entstehungsweisen der otogenen Retropharyngealabscesse und deren Bakteriologie, erwähnt die einschlägige Literatur und verweist besonders auf Collinet, Thèse de Paris, 1897.

H. BURGER.

## c. Mundrachenhöhle.

68) **Gellé. Pharynx, Phonation und Gesang. (Le pharynx, la phonation et le chant.)** *Arch internat. de laryngol. März-April 1907.*

Verf. weist nach, welche Veränderungen im Rachen bei Missbrauch und Ueberanstrengung der Stimme entstehen. Er findet die Erklärung in der Physiologie des Gesanges und der Tonverstärkung in der Mundrachenhöhle.

BRINDEL.

69) **Raynal** (Marseille). **Essentielle Hypertrophie des Zahnfleisches. (Hypertrophie gingivale essentielle.)** *Marseille Médical. 7. October 1909.*

Verf. theilt zwei Fälle dieser seltenen Affection mit, die durch eine enorme Hyperplasie des Zahnfleisches, ohne Veränderung der Structur gekennzeichnet ist; die Zähne haften in diesem Gewebe. Auf der facialen Fläche ist das Gewebe hart und glatt; auf der lingualen ist es maulbeerartig, wie aus einer Reihe von Polypen bestehend, die einer gegen den andern gedrängt sind und nichts weiter sind, als die hypertrophirten Papillen. Vater und Bruder zeigen in dem einen Fall die

gleiche Affection, während im zweiten ein Neffe des Pat. die Anfänge desselben aufwies.

GONTIER de la ROCHE.

70) **Caillou-Come Ferran** (Lyon). **Ueber einen Fall von Schleimhautlupus. (Sur un cas de lupus des muqueuses.)** *Journal des médecins praticiens de Lyon et de la région. 17. Juli 1909.*

Bei einer vor 10 Jahren von einem Lupus der Oberlippe und der Nasenscheidewand geheilten Patientin fand sich zufällig ein das ganze Gaumensegel einnehmender, sehr torpide sich entwickelnder Lupus.

GONTIER de la ROCHE.

71) **F. v. Törne** (Lund, Schweden). **Vier Fälle von Zahnfleischtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngol.-Rhinol. Heft 6. 1909.*

Ausführlicher Bericht der 4 Krankengeschichten nebst epikritischen, statistischen, differentialdiagnostischen und therapeutischen Erörterungen. Die Röntgenbehandlung zeitigte beachtenswerthe Erfolge.

HECHT.

72) **O. Henop. Ueber Lupus der Mundschleimhaut mit einem casuisischen Beitrag.** *Dissert. München 1909.*

Bei der 37jährigen erblich belasteten Patientin bestanden geringe Lungenveränderungen. Der Lupus war von der Schleimhaut der Lippen ausgegangen und hatte allmählich die übrigen Theile der Mundhöhle ergriffen. Die Röntgenbehandlung wirkte günstig ein, doch entzog sich Patientin der weiteren Behandlung.

Kurze Uebersicht über die diesbezügliche Literatur.

OPPIKOFER.

73) **Renon** (Paris). **Oesporose der Mundhöhle. (Oesporose buccale.)** *Société Médicale des hôpitaux. 16. Juli 1909.*

Es handelt sich um einen 17jährigen jungen Menschen, der über Verschleimung und Brennen im Mund klagte und über reichlichen Speichelfluss. Zunge, Wangen, Gaumensegel sind mit einem sammetartigen Ueberzug versehen, die Papillen tragen an ihrer Spitze ein stecknadelkopfgrosses Körnchen.

Die Culturen ergaben eine Oosporose.

GONTIER de la ROCHE.

74) **T. M. Serschun. Ein seltener Fall von primärer Sklerose der Zunge. (Redki slutschai perwitschnei sclerosnei jaswy jusika.)** *Wratschebn. Gazeta. No. 24. 1908.*

Bekanntlich occupiren syphilitische Sklerosen die Zungenspitze, im Falle des Verf.'s aber nahm die Initialsklerose die Mitte der Zunge in ihrem mittleren Drittel ein. Die Infection soll durch einen tiefen „Zungenkuss" entstanden sein.

P. HELLAT.

75) **Robert H. Craig. Hyperkeratose der Zunge. (Hyperkeratosis linguae.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Bericht über zwei Fälle.

EMIL MAYER.





76) **W. G. Dementjew. Ein Fall von Makroglossie bei einem 5jährigen Mädchen. (Slutschai uwelitschenia jasika [makroglossia] u dewotschki 5 let.)** *Wratschebnaja Gazeta. No. 4 u. 5. 1908.*

Ausführliche Literaturangaben. Die Patientin des Verf.'s war bis zum 3. Lebensjahr vollständig gesund, erkrankte dann plötzlich an Fieber mit Schwellung der Submaxillardrüsen und der Zunge. Mit dem Temperaturabfall wurde die Zunge wieder normal gross, durch wiederholte Insulte aber nahm ihre Grösse allmählich so weit zu, dass sie nicht mehr im Munde Platz fand. Operation. Mikroskopische Diagnose — Lymphangioma. Verf. will die Erkrankung durch Infection entstanden wissen.

GOLDSTEIN-HELLAT.

77) **Alexander Don. Zungenkrebs. (Cancer of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Mai 1909.*

Verf. bespricht die zum Zungenkrebs prädisponirenden Momente und die verschiedenen Operationsmethoden. Die schlechten Operationsresultate liegen zum Theil daran, dass die Fälle schon in einem zu vorgerückten Stadium in Behandlung kamen.

Durch weiteren Ausbau der Technik müsste es gelingen, die Mortalitätsziffer unter 20 pCt. herabzudrücken.

LEFFERTS.

78) **K. Hennecke. Ein Fall von Carcinoma recti et linguae.** *Dissert. Erlangen 1907.*

71jähriger Patient. Keine Operation. Sectionsresultat: Die beiden Carcinome in Zunge und Rectum sind als selbstständige primäre Carcinome anzusprechen. Die Krebsgeschwulst in der linken Lunge und in der rechten Nebenniere sind Metastasen des Rectumcarcinoms.

OPPIKOFER.

79) **P. Bandet. Ueber die chirurgische Behandlung des Zungenkrebses. (Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans le traitement du cancer de la langue.)** *Dissert. Toulouse 1908.*

Berücksichtigung der Literatur und Mittheilung einiger Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

80) **Robert B. Greenough, Chaming C. Simmonds, Robert M. Green. Die Ergebnisse von Operationen wegen Carcinom der Zunge, der Mundhöhle und des Kiefers am Massachusetts General Hospital 1890—1904. (The results of operations for cancer of the tongue, mouth and jaw at the Massachusetts General Hospital 1890—1904.)** *Boston Medical and Surgical Reporter. 6. Mai 1909.*

Es handelt sich um 172 Fälle, von denen 112 operirt wurden. 50 wurden für inoperabel erklärt und 10 verweigerten die Operation. Von den 112 Operirten starben 20 innerhalb 60 Tagen. Krebs des Mundbodens und der Zunge hatten 98, von denen 62 operirt wurden. Von den 58, bei denen der Verlauf bekannt ist, lebten 10 noch nach 3 und mehr Jahren. Von 14 Kiefercarcinomen wurden 10 operirt; bei 9 trat der Tod innerhalb der ersten 3 Jahre ein. Carcinom der Mandeln, des weichen Gaumens und Rachens fand sich in 12 Fällen, von denen 8 inoperabel

waren; von den vier Operirten lebte einer noch 7 Jahre nach der Operation. Von den wegen Carcinom der Wange operirten 9 Fällen wurde keiner geheilt.

EMIL MAYER.

81) **S. Tenzer** (Wien). **Ueber Befunde von pulsirenden Gefässen im Rachen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1908.*

Im ersten Falle handelte es sich um eine hochgradig arteriosklerotische 79jährige Frau; man sah bei der Rachen- und Kehlkopfinspection eine fast $^1/_2$ cm dickes, pulsirendes Gefäss hinter dem rechten Arcus palatopharyngeus bis zum Aryknorpel herab.

Der zweite Fall betraf ein Kind mit einem pulsirenden Gefäss hinter einer linken hypertrophischen Tonsille. Diese Gefässe sind entweder die verlagerte Carotis interna oder die A. pharyngea ascendens.

O. CHIARI-HANSZEL.

82) **Kollibay** (Glatz). **Malignes Oedem, anscheinend vom rechten Seitenstrang ausgehend.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 200. 1908.*

Ganz acut verlaufender Fall, der trotz Luftröhrenschnitt an Herzschwäche zum Exitus führte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

83) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Histologie der Seitenstränge und Granula bei der Pharyngitis lateralis und granulosa.** (Aus der Königl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 249. 1908.*

Verf. stellt auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen fest, dass Granula und Seitenstränge sowohl in ätiologischer, als auch in pathogenetischer und vor Allem auch in histologischer Beziehung als vollkommene analoge Gebiete aufzufassen sind. Es besteht nur ein gradueller, nicht aber ein principieller Unterschied.

Infolge eines auf die Schleimhaut wirkenden Reizes findet Austritt von Lymphocyten aus dem die Drüsen umspinnenden Capillarnetz statt. Es findet von den Drüsenausführungsgängen auf die Lymphocyten eine positiv chemotaktische Wirkung statt. Die Infiltration des Gewebes der Seitenstränge ist eine der Grösse und Anzahl der Drüsen entsprechend viel stärkere, als bei den Granula. Mehrere Abbildungen illustriren den Text.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

84) **Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Scharlachähnliche Exantheme bei acuter Halsentzündung.** *Med. Klinik. 29. 1909.*

Bei einer 27jährigen Patientin trat ein scharlachähnliches Exanthem an Hals und an den Händen auf im Verlaufe einer acuten pseudomembranösen Rachenentzündung, welche wahrscheinlich durch Pneumokokken bedingt war.

SEIFERT.

85) **H. Menche. Beitrag zu der Lehre vom Erysipel des Pharynx und Larynx.** *Dissert. Göttingen 1908.*

Mittheilung von 10 Fällen von Erysipel des Pharynx, die im pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses Hamburg zur Section kamen. Die Fälle





stützen von neuem die Anschauung derjenigen Autoren, die eine scharfe Scheidung zwischen Rachenerysipel und Rachenphlegmone nicht machen wollen.

OPPIKOFER.

86) **Menetrier-Mallet. Pneumokokkenangina bei einem 13 Monate alten Kinde. (Pneumonie pharyngée ulcéreuse chez un enfant de treize mois.)** *Tribune médicale. 4. September 1909.*

Durch den Pneumococcus bedingte Affectionen der oberen Luftwege beim Kinde sind nicht so selten. Jedoch sieht man nicht häufig, dass durch den Pneumococcus nekrotisirende und ulceröse Halsaffectionen hervorgerufen werden.

Das Kind zeigte Allgemeinerscheinungen, die an Diphtherie denken liessen. Man fand eine Ulceration im Cavum. Culturversuche ergaben Reinculturen von Pneumokokken. Der Tod trat infolge Lungencomplicationen ein.

GONTIER de la ROCHE.

87) **Alice G. Bryant. Streptokokkeninfectionen des pharyngealen Adenoidgewebes bei Erwachsenen. (Streptococcic infections of the pharyngeal adenoid tissue in adults.)** *Journal American Medical Association. 13. Juni 1908*

Verf. bespricht die localen und allgemeinen Erscheinungen bei Streptokokkeninfectionen des Pharynx.

EMIL MAYER.

88) **A. Moy. Ueber die seitlichen Pharynxabscesse beim Kinde. (Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1907.*

Während die Retropharyngealabscesse bei noch nicht 1jähr. Kindern nach M. häufig sind, finden sich die seitlichen Pharynxabscesse nie bei Kindern unter 1 Jahr. Die seitlichen Pharynxabscesse entwickeln sich secundär im Anschluss an eine Entzündung in der Mund-, Rachen-, Nasenhöhle oder an eine Entzündung im Mittelohr.

Während peritonsilläre Abscesse, die ebenfalls in die Gruppe der seitlichen Abscesse gehören, vom Munde her mit dem Galvanokauter zu eröffnen sind, sollen die eigentlichen seitlichen Pharynxabscesse fast ausnahmslos nur von aussen her freigelegt werden; dabei ist es vorzuziehen, hinter und nicht vor dem Musculus sternocleidomastoideus einzugehen.

OPPIKOFER.

89) **H. Zwillinger** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der Hypopharyngoskopie.** *Gyógyászat. No. 7. 1909.*

Wesen und Anwendung der geistreichen Methode v. Eicken's, sowie Verf.'s Erfahrungen, welche er in Bezug auf die Diagnostik der verschiedenen Krankheiten des Hypopharynx und Entfernung von Fremdkörpern in mehreren Fällen gesammelt hat, werden hier ausführlich verhandelt. Die Bedeutung der Methode wird durch die Killian'sche Arbeit über den Mund der Speiseröhre noch mehr gehoben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

## d. Diphtherie und Croup.

90) **K. A. Rombach** (Rotterdam). **Serumbehandlung, Intubage und Pyocyanase bei Diphtherie. (Serumbehandeling, intubage en pyocyanase bij diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 31. Juli 1909.*

Statistische Bearbeitung der vom 1. Oct. 1906—1908 im städtischen Krankenhaus zu Rotterdam behandelten Diphtheriefälle. 511 Fälle mit 46 Todesfällen = 9 pCt. Intubirt wurden 69 Kinder mit einer Mortalität von 16 = 28 pCt. Tracheotomie 11 mal mit 5 Todesfällen = 45 pCt. Es starben 19 Kinder an toxischer Diphtherie. Der günstige Erfolg der Serumeinspritzung war im Allgemeinen ein sehr auffälliger. Nur die sogenannten toxischen Fälle reagirten auf Serum wenig oder gar nicht. Ende 1907 begann R. diese Fälle mit Pyocyanase zu behandeln. (Spray in Hals und Nase bis 4 oder 6 mal pro Tag: das überflüssige Quantum soll ausgespien werden.) Keine unangenehme Nebenwirkungen; bloss einzelne Male am 2. oder 4. Behandlungstag ein geringes papulöses Exanthem. Die Resultate waren sehr zufriedenstellende. Vor der Anwendung der Pyocyanase starben von 16 toxisch aufgenommenen Patienten 11. Seit der Anwendung starben 4 mit Pyocyanase behandelte und 4 nicht behandelte, während 11 behandelte Kinder geheilt sind.

R. empfiehlt wärmstens weitere Versuche mit Pyocyanase bei der toxischen Diphtherie.

H. BURGER.

91) **T. E. Seay. Die Behandlung der Diphtherie nebst besonderer Berücksichtigung von Tracheotomie und Intubation. (The treatment of diphtheria with special reference to Intubation and Tracheotomy.)** *The Alabama Medical Journal. März 1909.*

In extremen Fällen von Diphtherie sollte sobald als möglich die Tracheotomie gemacht werden, anstatt dass man mit der Intubation Versuche macht und eventuell die Membranen in die Trachea hinabstösst. Verf. betrachtet die Intubation als eine Operation der Wahl, die Tracheotomie als Operation der vitalen Indication. Die Tracheotomie ist indicirt: 1. bei Kindern unter 2 Monaten, 2. bei Kindern mit grossen Tonsillen oder Oedem der Epiglottis oder deren Umgebung, 3. wenn die Diphtherie durch Bronchitis und Pneumonie complicirt ist, 4. bei descendirendem Croup, 5. bei Granulationen der Trachea, 6. in Fällen, die erst spät in Behandlung kommen und bei denen der Exitus droht, 7. wenn die Tube wiederholt ausgehustet wird und Dyspnoe wiederkehrt.

EMIL MAYER.

92) **W. Kluge. Beitrag zu den Störungen der Herzthätigkeit nach Diphtherie.** *Dissert. Halle 1908.*

K. hat bei 320 Diphtheriefällen die klinischen Erscheinungen am Circulationsapparat sorgfältig studirt. 16 dieser Fälle endeten unter deutlichen Herzstörungen mit Exitus. Die Section zeigte bei allen das typische Bild der diphtherischen Myocarditis. Verf. kommt wie von Leyden zu dem Schlusse, dass die klinischen Erscheinungen der diphtheritischen Herzcomplicationen die thatsächliche Schwere der Herzerkrankung meist nicht vermuthen lassen.

OPPIKOFER.

93) **Veillon** und **M. Brelet** (Paris). **Ein Fall von Croup beim Erwachsenen. Tracheotomie. Heilung. (Un cas de croup chez l'adulte. Trachéotomie. Guérison.)** *Archives générales de médecine. März 1909.*

Es handelte sich um einen 20jährigen Menschen, bei dem der in diesem Alter seltene Fall auftrat, dass die croupösen Symptome von einer solchen Heftigkeit waren, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

## c. Kehlkopf und Luftröhre.

94) **A. Stefanini** (Lucca). **Die neuen Studien über die Vocale. (I recenti studi sulle vocali.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1. September 1009.*

Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die neuesten Studien über Stimmbildung mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Scripture (New-York) in Laryngoskope (Vol. XVIII. 1908) und von Devaux Charbonnel (La lumière électrique. 1908. III. No. 37). Die Mittheilung scheint ein Vorläufer zu sein für eine Publication über vom Verf. zusammen mit Grazzi auf diesem Gebiete angestellte Untersuchungen.

FINDER.

95) **Gleitsmann. Die Pharynxstimme. (De la voix pharyngée.)** *Arch. Intern. de laryngol. Tome XXVIII. No. 4.*

Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle von Sprechmöglichkeit nach Totalexstirpation des Larynx. Der Gegenstand ist durch die Bemühungen Gutzmann's um die Operirten Glucks und die mannigfaltigen Productionen dieser Kranken allgemein bekannt.

LAUTMANN.

96) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache.** *Med. Klinik. 20. 1909.*

Betonung der Wichtigkeit von mechanischen Athemübungen und Vibrationstherapie des Kehlkopfes.

SEIFERT.

97) **E. H. Scripture. Sprachfehler und Stimmpflege. (Speech defecte and voice culture.)** *Vermont Medical Monthly. 15. Juli 1909.*

Unter den Methoden zur Heilung des Stotterns erkennt Verf. als die einzig berechtigte die an, dass dem Patienten gelehrt wird, „melodisch" zu sprechen. Verf. bespricht auch das Wesen des Stammelns und Lispelns und schliesslich den Charakter des „American Voice".

EMIL MAYER.

98) **Giovanni Vitalba. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Fracturen der Kehlkopfknorpel. (Ricerche sperimentali e cliniche sopra le fratture delle cartilagini laringee.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica delle R. Università di Roma. 1908.*

Verf. bespricht das klinische Bild der Larynxfracturen an der Hand der sehr sorgfältig zusammengestellten und 163 Fälle umfassenden Literatur. Ueber den Mechanismus des Zustandekommens der Fracturen hat er selbst am Cadaver und an Hunden experimentelle Studien gemacht, aus deren Ergebnissen nur hervorgehoben sei, dass am häufigsten das Zungenbein (36 pCt.) und die Schildknorpel-

platten (36 pCt.), danach die Schildknorpelhörner (30 pCt.) betroffen wurden, dann folgt der seitliche Theil des Ringknorpels (23,3 pCt.), der vordere Theil desselben (13,3 pCt.), während der hintere Theil des Ringknorpels und die Aryknorpel niemals verletzt wurden.

FINDER.

99) **G. Dupond. Der Kehlkopf und die Arbeitsunfälle. (Le larynx et les accidents du travail.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 17. April 1908.*

Verf. bespricht die Verletzungen des Kehlkopfs (Contusionen, Wunden, Fracturen, Verbrennungen), die als Folgen eines Unfalles bei der Arbeit eintreten können, und die Maassnahmen, die der zu einem solchen Unfallverletzten gerufene Arzt zu treffen hat.

BRINDEL.

100) **Morestin** (Paris). **Verletzung des Kehlkopfs. (Blessure du larynx.)** *Société anatomique. 21. Mai 1909.*

Demonstration eines Kehlkopfs von einem Greise, der in seniler Demenz mit einem Rasirmesser sich tiefe Wunden in der Kehlkopfregion beibrachte; der Larynx selbst blieb unverletzt. Er war vollkommen verknöchert.

GONTIER de la ROCHE.

101) **F. Börnstein** (Königsberg i. Pr.). **Ueber traumatische Arytaenoidknorpelaffectionen. Kurze Mittheilung über Larynxdurchleuchtung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 39. 1908.*

Verf. widerlegt die bisher geltende Meinung, dass Aryknorpelluxationen nur im Gefolge schwerer Kehlkopffracturen auftreten. Luxationen sind auch ohne Fracturen beobachtet. — Die Disposition zu Fractur oder Luxation besteht wahrscheinlich je nach der histologischen Beschaffenheit der Knorpelsubstanz. Eine Frühdiagnose der Knorpelverletzungen ist bei frischen Unfällen bisweilen durch Röntgenuntersuchung zu stellen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Kessel** (Stuttgart). **Contusion des Kehlkopfes (Luxation des linken Aryknorpels?).** *Med Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 41. 1909.*

Einem Erdarbeiter stiess der Stiel eines Stempels (zum Feststampfen von Beton) gegen den Hals und das Kinn. Etwa 3 Monate nach dem Unfall Heiserkeit und geringe Schmerzen beim Schlucken. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich submucöser Bluterguss am Zungengrund und des Larynxeinganges, linkerseits noch das Taschenband umfassend. Ausserdem Ueberkreuzung der Aryknorpel, die auch nach Resorption der Blutergüsse fortbestand, so dass eine, wenn auch nicht vollständige Luxatio articulationis cricoarytaenoideae auf der linken Seite angenommen werden konnte.

SEIFERT.

103) **C. Poli** (Genua). **Functionsstörungen des Kehlkopfs bei Halswunden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 207. 1907.*

Die Krankengeschichte eines Falles von Vagusverletzung (Tentamen suicidii) oberhalb der Austrittsstelle des Nervus laryngeus superior soll die Thatsache der Unversehrtheit der Sensibilität in solchen Fällen erhärten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Vernarbung von Hautwunden des Kehlkopfs und der Luftröhre.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 73. 1908.*

Aus allen bisher untersuchten Fällen (Paget, Binder und Verf.), geht die Thatsache hervor, dass beim erwachsenen Menschen angelegte Tracheal- resp. Larynxwunden ganz oder doch grösstentheils durch neugebildetes fibröses Gewebe gedeckt werden. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **G. Prota. Ueber zwei Fälle von traumatischer Kehlkopflähmung durch Halswunden. (Su due casi di laringoplegia traumatica per ferite al collo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Im ersten Fall (tiefe Schnittwunde links am Halse) bestand neben linksseitiger Recurrenslähmung Parese des Sternocleidomastoideus und des Trapezius. Verf. erklärt dies so, dass der N. spinalis an einem Punkte zwischen den bulbären Wurzeln und seiner Theilung in einen äusseren und inneren Zweig getroffen worden sei. Die Sensibilität des Larynx war erhalten, was für die Ansicht spricht, dass der N. spinalis dem Recurrens nur motorische Fasern liefert. Gegen eine Verletzung des Vagus spricht das Fehlen aller auf eine solche deutenden Symptome.

Im zweiten Fall (Schnittwunde am Halse in der linken Regio carotidea) constatirte man ein Jahr nach dem Trauma Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Verf. nimmt eine Verletzung im Stamm des linken Recurrens an. Wendet der Pat. den Kopf nach rechts oder drückt man auf die Narbe, so tritt Husten (Vagusreizung) auf. Es besteht Anästhesie des Vestibulum laryngis, was Verf. im Sinne Massei's deutet. FINDER.

106) **Bassères. Fractur des Kehlkopfes mit partiellem — unmittelbarem und nachträglichem — Versagen des Athmungs- und bulbären Herzcentrums. (Fracture du larynx avec inhibition partielle — immédiate et retardée — des centres respiratoire et cardiaque bulbaire.)** *Arch. Intern. de laryngol. November-December 1906.*

Die Erscheinungen bestanden im Anfang in: Verlust des Bewusstseins, Dyspnoe, absolute Aphonie; Schluckbeschwerden; lebhafter Schmerz im Niveau des Schildknorpels. Am 3. Tage wird die Athmung bulbär, der Puls sinkt auf 40—44 Schläge. Heilung ohne Zwischenfall. Der Verletzte war ein nervöses Individuum. BRINDEL.

107) **Th. Em. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Ein verbessertes Modell meines Hinterwandspiegels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 172. 1909.*

Verf. giebt eine Abbildung seines Spiegels, dessen Besonderheit darin besteht, dass der verticale Stieltheil mit einer frontal gestellten, in der Fläche etwas gebogenen Metallplatte versehen ist. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

108) **R. H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Laryngoscopie directe.)** *Revue hebdom. No. 33. 1909.*

Die directe Untersuchung des Kehlkopfes ist durch das Instrument von Johnston sehr erleichtert worden und eignet sich ganz besonders bei der Untersuchung

von Kindern. Beschreibung der Untersuchungsmethode und Mittheilung von 10 Fällen. Der Autor operirt den Kehlkopf überhaupt nur noch nach der directen Methode und nicht mehr mit dem Kehlkopfspiegel. Der Autor ist überzeugt, dass der Kehlkopfspiegel bald ausgelebt haben wird. (!)

LAUTMANN.

109) **Herbert Tilley. Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mit dem Brünings'schen Instrument nebst Bericht von Fällen. (Direct examination of the Larynx, Trachea and Oesophagus by Brüning's Instrument with cases.)** *Lancet. 7. November 1908.*

Ein illustrirter Artikel, in dem das Brünings'sche Instrumentarium und seine Handhabung beschrieben und zahlreiche Fälle seiner Anwendung mitgetheilt werden.

ADOLPH BRONNER.

110) **Erbrich. Ueber die Trachee-Broncheskopie und den klinischen Werth dieser Methode. (O trachee-broncheskopie sraz e klinicz nem maxemln tej metedy.)** *Warschauer med. Gesellschaft. 1908.*

Verf. hielt einen Vortrag in der Warschauer medicinischen Gesellschaft, in welchem er die Fortschritte, die Anwendung und den klinischen Werth der Bronchoskopie hervorhob. Hierbei demonstrirte er zwei Kranke, bei welchen er die Bronchoskopie ausgeführt hatte. Nachdem referirte Verf. über zwei Fälle, in welchen er mittelst Bronchoskopie Fremdkörper aus den Bronchien extrahirt hatte.

In einem Falle wurde eine Stecknadel von einem 6jährigen Mädchen aspirirt. Der Fremdkörper blieb 7 Monate in den Luftwegen. Nachdem eine immer mehr zunehmende Athemnoth sich einstellte, wurde das Kind zu einem Chirurgen geschickt, der nach Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen den Fremdkörper in der Trachea entdeckte und die Tracheotomie ausführte. Man glaubte, durch die Tracheotomie würde der Fremdkörper mittelst Zange herauszubefördern sein. Dieses Verfahren genügte nicht zur Extraction des Fremdkörpers. Nach wiederholter Durchleuchtung wurde die Stecknadel im linken Bronchus entdeckt. Nun wurde die Bronchoscopia inferior ausgeführt und die Stecknadel herausgezogen.

Im zweiten Falle wurde eine Papierzwecke von einem 6jährigen Mädchen aspirirt. Der Fremdkörper blieb einen Monat in den Luftwegen liegen. Die Röntgendurchleuchtung ergab: Der Fremdkörper befand sich in der linken Seite des Brustkorbes in der Gegend der 6. Rippe und war die ganze linke Lunge infiltrirt. Da grosse Athemnoth und starkes Fieber vorhanden war, musste die Tracheotomie ausgeführt werden und zugleich wurde mittelst Bronchoscopia inferior der Fremdkörper aus dem linken Bronchus zweiter Ordnung herausgezogen.

Ausserdem findet die Tracheo-Bronchoskopie ziemlich oft Anwendung bei Stenosen skleromatischen Ursprungs. Einen solchen Fall beschreibt Verf., wo grosse skleromatische Wucherungen im unteren Theil der Trachea, das ganze Lumen verstopfend, mittelst scharfen Löffels durch das Tracheoskop entfernt wurden.

A. v. SOKOLOWSKI.

111) **Ferruccio Bindi. Thyreotomie wegen grossen Fremdkörpers im Kehlkopf. (Tirotomia per corpo estraneo voluminoso della laringe.)** *Gazz. degli Ospedali. No. 7. 1909.*

Knochenstück, das bei einem 12jährigen Knaben seit 21 Tagen im Larynx

steckte. Der Knochen hatte ungefähr die Gestalt eines Vierecks, dessen grössere Seite 18 mm maass. Die Operation wurde in Chloroformnarkose nach vorheriger Tracheotomie gemacht. Heilung. FINDER.

112) **Flotats-Domenech** (Barcelona). **Fremdkörper auf der Hinterfläche des rechten Aryknorpels. (Cuerpo estrano en la cava posterior del aritenoides derecho.)** *Revista Barcelonesa de garganta nariz y oidos. No. 14. 1908.*

Nach Extraction des Fremdkörpers bestanden noch eine Zeit lang Beschwerden, die mittelst Brom und Suggestion erfolgreich bekämpft wurden. TAPIA.

113) **Marc. Paunz** und **M. A. Winternitz. Beiträge zur directen Tracheo-Bronchoskopie.** (Mittheilung aus dem Stefanie-Kinderhospital in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 291. 1908.*

Veröffentlichung von 12 Fällen aspirirter Fremdkörper; in 11 Fällen handelte es sich um Kinder bis zu 6 Jahren; 3 waren noch im Säuglingsalter. In 11 Fällen handelte es sich um organische, zumeist quellende und sich zersetzende Fremdkörper, in einem Falle um einen unorganischen Metallkörper, und zwar war meist multiple Aspiration vom Fremdkörpern vorhanden. Unter 12 Fällen wurden 7 geheilt = 58,3 pCt. Es konnte 9mal durch die Tracheo-Bronchoskopie das Vorhandensein eines Fremdkörpers oder der Durchbruch der Peribronchialdrüsen zweifellos festgestellt werden; unter diesen Fällen gelang die Extraction 7mal.

Die Untersuchung wurde mit dem Killian'schen Instrumentarium erster Ausgabe — bei den kleinen Kindern immer zur Tracheotomie vorbereitet — in tiefer Chloroformnarkose vorgenommen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

114) **Kalinowski. Ein eigenthümlicher Fremdkörper in der Trachea. (Obce cdals w tchawdey.)** *Gazeta Lekarska. No. 20.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem ein 12jähriger Knabe eine hölzerne, 5 cm lange Pfeife (Kinderspielzeug) aspirirte. Bei der Aspiration konnte man sehr deutlich die Töne der in der Trachea liegenden Pfeife hören. Nach 2 Tagen, da kein tracheo-bronchoskopisches Instrumentarium vorhanden war, wurde nach Ausführung der Tracheotomie unter Leitung eines Rohres bei Beleuchtung mit gewöhnlichem Stirnreflector der in der Trachea liegende Fremdkörper vom Verf. mit Hülfe eines Häkchens entfernt. A. v. SOKOLOWSKI.

115) **Walter Lathrop. Fremdkörper in Trachea und Magen. (Foreign bodies in trachea and stomach.)** *N. Y. Medical Journal. 17. October 1908.*

Fall I. Münze durch Tracheotomie entfernt.

Fall II. Tischmesser, 25 cm lang, wurde verschluckt; Laparotomie; 24 Stunden lang ging alles gut, dann Exitus unter Erscheinungen von Magendilatation und Erstickung. LEFFERTS.

116) **L. Baudry. Die Fremdkörper in der Trachea und in den Bronchien; ihre Behandlung durch die Tracheo-Bronchoskopie. (Corps étrangers de la Trachée et des Bronches.)** *Dissert. Nancy 1908.*

Vorerst zählt B. alle die Fremdkörper auf, welche in die oberen Luftwege gerathen können und bespricht dann die durch die Fremdkörper bedingten Sym-

ptome. Nach eingehender Berücksichtigung der früheren unzuverlässigen Behandlungsmethoden — zahlreiche Beispiele aus der Literatur werden angeführt — empfiehlt Verf. die Tracheo-Bronchoskopie.

OPPIKOFER.

117) **Iwanow. Fall von Fremdkörper in der Trachea. (Slutschai inorodnawo tela trachei.)** *Jeshemesjatschnik. No. 4. 1908.*

Patient war vor 2 Jahren tracheotomirt worden und trug seit der Zeit die Canüle. Seine Athembeschwerden wurden trotzdem immer empfindlicher.

Bronchoskopische Untersuchung ergab eine Verengerung am unteren Ende der Trachea.

Tod nach einigen Tagen an Erstickung. Bei der Section wurde in der Trachea eine Gummiröhre gefunden, um welche herum die Trachealwände so verdickt waren, dass sie 1 cm erreichten.

P. HELLAT.

118) **Zondek** (Berlin). **I. Beitrag zur Lehre von den Trachealtumoren. II. Ein Tumor der Glandula carotica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. 1908.*

I. Bei einer 28jährigen Frau bestand inspiratorischer Stridor, leichte Cyanose; Stimme rein. Laryngoskopisch: Unterhalb der normalen Stimmbänder an der rechten vorderen Trachealwand ein höckriger Tumor, der weit ins Lumen hineinragt. Starke Bronchitis, Temperatur 39,4°.

Operation: Tracheotomie unterhalb der Geschwulst; nach Durchschneiden des Ringknorpels wird eine wallnussgrosse, blassrothe, gefurchte Geschwulst sichtbar, die mit zehnpfennigstückgrosser Basis der rechten vorderen Trachealwand aufsitzt. Entfernung mit scharfem Löffel. Heilung.

Nach $^1/_4$ Jahr Recidiv: bohnengrosser gestielter Tumor, mit Tracheocricotomie entfernt. Heilung.

Nach 4 Jahren (laut erhaltenem Bericht) bei Operation eines abermaligen Recidivs Exitus in der Narkose.

Trotz der Recidive steht die Gutartigkeit dieses Tumors fest.

Mikroskopisch: Papillom mit vorwiegender Betheiligung des Epithels.

Eine fortgesetzte Beobachtung ist aber bei der Neigung zu Recidiven sehr nothwendig.

II. Bei einem 63jährigen Manne wurde eine strausseneigrosse Geschwulst an der rechten Halsseite in Kehlkopfhöhe seit 3 Jahren beobachtet, die die Carotis communis an ihrer Theilungstelle in die Carotis externa und interna umgreift. Auf einem Durchschnitt des entfernten Tumors sieht man diese von Tumormassen eingeschlossenen Blutgefässe. Nach seinem histologischen Verhalten muss der Tumor aus der Glandula carotica entstanden sein. Beschwerden hatte die Geschwulst kaum verursacht.

ALBANUS (ZARNIKO).

119) **Marfan. Neue Form der Trachealverengerung infolge Hypertrophie der Thymus. (Nouvelle forme de rétrécissement de la trachée par hypertrophie du thymus.)** *Acad. de méd. Paris. 6. April 1909.*

Ein 12jähriger Knabe kam mit sehr schwerer Rachendiphtherie und Erscheinungen von Croup des Larynx und der Trachea in das Hospital. Er wurde mit hohen Serumdosen behandelt. Der Zustand war so schwer, dass man von der

Vornahme der Intubation oder Tracheotomie Abstand nahm. Es trat plötzlicher Tod ein.

Bei der Autopsie fand man im Kehlkopf und Trachea keine Croupmembranen, dagegen eine enorme Thymus, die die Trachea vollkommen comprimirte. In der Drüse fand sich neben einer alten Hypertrophie eine frische sehr heftige Congestion. Verf. meint, dass letztere durch die diphtherische Intoxication bedingt worden sei.

A. CARTAZ.

120) **Luksch** (Graz). **Durchbruch tuberculöser Lymphdrüsen in die Trachea.** (Verein der Aerzte in Steiermark 11. October 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1908.*

Demonstration eines Falles. In der Discussion über dieses Thema bemerkt v. Hacker, dass tuberculöse Drüsen in seltenen Fällen auch zur Verengerung des Oesophagus führen können.

HANSZEL.

121) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Technik, Nutzen und Gefahren derselben. (Bronchoscopy and esophagoscopy. The tecnic, utility and dangers.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Verf. betont die Wichtigkeit der Asepsis bei dem Verfahren; aus diesem Grunde sollte auch die Bronchoscopia inferior lieber unmittelbar nach Eröffnung der Trachea gemacht werden, als einige Tage später, da in letzterem Fall mehr Gefahr besteht, aus der eiternden Trachealwunde Infectionserreger in die Lunge zu bringen. Verf. beschreibt dann die Technik der Bronchoskopie und die eventuell dabei vorhandenen Schwierigkeiten, sodann die Indicationen, wobei er sagt, dass zum Zweck der einfachen Diagnose diese Methode nicht angewendet werden sollte, es sei denn, dass durch die gewöhnliche Laryngoskopie und die gebräuchlichen physikalischen Methoden keine Diagnose gestellt werden kann.

Ebenso beschreibt er die Anwendungsweise, die Indicationen und den Nutzen der Oesophagoskopie.

Unangenehme Erscheinungen nach der Bronchoskopie sind meist durch mechanische Reizung durch das Instrument veranlasst. Diese mechanische Reizung kommt zum grossen Theil dadurch zu Stande, dass die Bronchien bei jeder Athmungsbewegung Excursionen nach oben und unten von circa 1 cm machen; aber auch die blosse Anwesenheit des Bronchoskops ist ein Moment zur mechanischen Reizung.

Um die Gefahren zu vermeiden, muss der Eingriff so kurz wie möglich gemacht werden; es muss das dünnste Instrument gewählt werden, das genügende Erleuchtung und Einführung geeigneter Instrumente gestattet.

EMIL MAYER.

122) **F. Munch. Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** *Revue hebdom. No. 37. 1909.*

Beschreibung des vom Autor construirten Bronchooesophagoskopes mit distaler Beleuchtung.

LAUTMANN.

123) **Schneider. Einige Worte über Bronchoskopie. (Neskolko slow o bronchoskopii.)** *Russ. Wratsch. No. 29. p. 984. 1908.*

Mittheilung einer Fremdkörperextraction vermittelst Bronchoskops.

P. HELLAT.

124) **Guisez. Diagnose und Behandlung einiger intrathoracischer Affectionen mittelst Broncho-Oesophagoskopie. (Diagnosis and treatment by Broncho-oesophagoscopy of some intrathoracic affections.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Verf. bespricht die Compression der Trachea durch Kropf oder durch Tracheobronchialdrüsen, die Anwesenheit von Trachealklappen, intratracheale Tumoren etc., ferner Dilatation und Narbenstenose des Oesophagus, Fremdkörper und die Behandlung aller dieser Affectionen.

LEFFERTS.

125) **Goyanes** (Madrid). **Ein Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus; Extraction mittels oberer Bronchoskopie. (Un caso de cuerpo extrano alogado en el bronquio derecho; extraccion por broncoscopia superior.)** *Revista Clinica de Madrid. Mai 1909.*

5jähriges Kind, das eine Piniennuss aspirirt hatte; Extraction in Chloroformnarkose.

TAPIA.

126) **Beltran** (Madrid). **Fremdkörper im rechten Bronchus; Tracheotomie; Heilung. (Cuerpo extrano del bronquio derecho; traqueotomia; curacion.)** *Boletin de laringologia. September-October 1908.*

Der Fremdkörper war ein Stück von einem Tannenzapfen.

TAPIA.

127) **E Schmiegelow. Ein Fall von Corpus alienum pulmonis durch Bronchoskopie entfernt. (Et Tilfelde af corpus alienum pulmonis, fernet ved Bronchoskopi.)** *Medicinsk Selskabs. 9. März Hospitalstidende. No. 36. 1909.*

In Chloroformnarkose wurde ein Stück Kohl aus linkem Bronchus — $3^1/_2$ cm von der Bifurcation — entfernt durch Bronchoscopia superior. Patient war zwei Jahre alt. Heilung.

L. MAHLER.

128) **M. Sloog. Ueber die Fremdkörper der Bronchien und ihre Behandlung. (Contribution à l'étude des corps étrangers des bronches et de leur traitement.)** *Dissert. Paris 1908.*

Nicht vollständige Zusammenstellung von 75 Fremdkörperfällen, bei denen die Bronchoskopie ausgeführt wurde; einige Fälle sind noch nicht anderwärts veröffentlicht.

OPPIKOFER.

129) **Botella** (Madrid). **Fremdkörper im linken Bronchus durch Bronchoskopie entfernt. (Cuerpo extrano del bronquio izquierdo extraido por broncoscopia.)** *Revista Clinica de Madrid. April 1908.*

Ein 11jähriges Kind, bei dem eine aspirirte Pfeife erst in der dritten Sitzung im linken Bronchus gefunden wurde. Extraction.

TAPIA.

## f. Schilddrüse.

130) **Ferrer** (Algier). **Hydatidencyste der Schilddrüse. (Kyste hydatique du corps thyroide.)** *Presse médicale. No. 73. October 1909.*

Der Tumor, der bei einem 30jährigen Mann zur Beobachtung kam, hatte sich im Laufe von 16 Jahren entwickelt. Man konnte nur constatiren, dass es sich um einen cystischen Tumor handelte; die Natur desselben konnte jedoch erst nach Excision des Cystensackes festgestellt werden. GONTIER de la ROCHE.

131) **P. Schäfer. Der Plattenepithelkrebs der Glandula thyreoidea.** *Dissert. München 1907.*

Verf. fand in der Literatur 9 Fälle von Plattenepithelkrebs der Schilddrüse. Er theilt diese Beobachtungen mit und fügt aus dem pathol. Institut München (Prof. Bollinger) einen weiteren Fall bei, mit genauer mikroskopischer Untersuchung. 2 farbige Abbildungen. OPPIKOFER.

132) **J. Lankhout** (Haag). **Ueber histologische Veränderungen der Schilddrüse beim Myxödem. (Over histologische veranderingen in de Schildklier bij myxoedeem.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1199. 1909.*

Ausführliche, zu einem Referat ungeeignete Beschreibung zweier Fälle.

H. BURGER.

133) **M. Leitritz. Ueber Erstickungstod bei Kropf.** *Dissert. München 1908.*

Bei dem 19jährigen Mädchen, bei dem eine Colloidstruma mit starker Trachealstenose bestand, trat der Erstickungstod im Anschluss an eine starke Anstrengung ein.

Die Luftröhre war nicht erweicht, das Herz gesund und die Recurrentes normal. OPPIKOFER.

134) **Schloffer** (Innsbruck). **Ueber Kropfoperationen. Bericht über 450 Fälle.** *Med. Klinik. 38. 1909.*

Von 427 Strumectomien bei benignen Kröpfen fallen auf Morbus Basedow 20, auf Strumitis 10, in 11 Fällen handelte es sich um malignen Kropf. Einmal musste bei einer luetischen Larynxstenose erst eine umfangreiche Struma exstirpirt werden, bevor die Tracheotomie gemacht werden konnte; ein anderes Mal musste, da ein strumitischer Knoten in die Trachea durchgebrochen war, nach der Entfernung dieses Knotens an der Durchbruchsstelle eine Kanüle in die Trachea geführt werden, weil sich die Trachea nicht entfalten wollte. Recurrenslähmung wurde nur in 3 Fällen vor der Operation zweifellos festgestellt; postoperative Reccurensstörungen wurden im Ganzen 12mal beobachtet. SEIFERT.

## g. Oesophagus.

135) **A. M. Sabludowski. Zur Technik und Klinik der Oesophagoskopie. (K technike i klinike esophagoscopii.)** (Aus der chirurg. Abtheilung des jüdischen Krankenhauses in Odessa.) *Chirurgia. No. 134. Februar 1908.*

Verf. hat 25 Fälle untersucht. Bei Kindern wurde stets die Chloroform-

narkose angewandt, bei Erwachsenen nur, wenn es sich um Aufsuchen von Fremdkörpern handelte, sonst die locale Anästhesie mit 5 proc. Cocain. Das Oesophagoskop von Mikulicz wird dem Kölliker'schen Instrument vorgezogen. Bei Erkrankungen der Speiseröhre ist die Oesophagoskopie sowohl zur Diagnose als zur Therapie nothwendig. GOLDSTEIN-HELLAT.

136) **Heermann** (Essen-Ruhr). **Ueber Oesophagoskopie und Bronchoskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1909.*

Vortrag über die mannigfache erfolgreiche Verwerthung obiger Methoden und Bericht über zahlreiche, vom Autor casuistisch vorgenommene Fremdkörper-Extractionen. Hinweis auf die Bedeutung der Broncho- und Oesophagoskopie in diagnostischer und differentialdiagnostischer Hinsicht und Schilderung der Vorzüge des neuen Brünings'schen Bronchoskopes gegenüber dem bisher gebräuchlichen nach Killian. HECHT.

137) **Sargnon. Retrograde Oesophagoskopie; Oesophagoskopie nach Oesophagotomie bei impermeablen Oesophagusstricturen. (Oesophagoscopie rétrograde; oesophagoscopie après oesophagostomie cervicale basse dans la cure des stenoses cicatricielles thoraciques infranchissables.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXVIII. No. 4.*

Mittheilung von 2 Fällen von schwerer Oesophagusstrictur, die geheilt wurden nach Anlegung einer künstlichen Oesophagusfistel und retrograder Dilatation unter Leitung des Oesophagoskopes. Die directe Oesophagoskopie führte nicht zum Ziele und machte wiederholt Lungencomplicationen. Im zweiten Fall wurde auch Gastrotomie gemacht. Diese untere Oesophagoskopie wird natürlich nur eine Ausnahmeoperation bilden, bei Kindern aber doch ebenso wie die untere Bronchoskopie ihre Indicationen finden. LAUTMANN.

138) **Richard H. Johnston. Die moderne Behandlung von Oesophagusstricturen. (The modern treatment of esofageal stricture.)** *The Lancet. Clinic 3. Juli 1909.*

Verf. beschreibt die Methode, die darin besteht, dass Bougies mit olivenförmigem Ende unter Leitung des Auges im Oesophagoskop durch die verengte Stelle hindurchgeführt werden. EMIL MAYER.

139) **Botey** (Barcelona). **Thiosinamin bei Narbenstenosen des Oesophagus. (La thiosinamina en las estenosis cicatriciales del esófago.)** *Archivos de rinologia. No. 139–141.*

Verf. hat insofern befriedigende Erfolge gesehen, als durch die Thiosinamininjectionen die Stenosen erweicht und die mechanische Dilatation erleichtert wurde. Er citirt zur Illustration einige Fälle. TAPIA.

140) **A. Hoffmann. Zur Kenntniss der spindelförmigen Dilatationen der Speiseröhre.** *Dissert. München 1907.*

In dem Falle, den H. beschreibt, war die Diagnose auf Cardiacarcinom gestellt worden. Bei der Section zeigte sich aber eine spindelförmige Dilatation des Oesophagus ohne Stenose. Die grösste Weite der aufgeschnittenen Speiseröhre

betrug 14 cm, während die Weite auf der Höhe des Ringknorpels 3,6 cm und an der Cardia 2,8 cm betrug.
OPPIKOFER.

141) **v. Bergmann** (Berlin). **Ein Fall von Dilatatio oesophagi idiopathica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. S. 330. 1908.*

Bei einer 32jährigen Kranken trat nach halbjährigem Bestehen von öfterem Druckgefühl hinter dem Sternum ein immer häufiger werdendes Regurgitiren der Speisen auf. Das Röntgenbild zeigte bei Wismuthfüllung eine cylindrische Erweiterung des Oesophagus ohne Divertikel. Zu Zeiten war die Cardia gut durchgängig. Der Fall deutet auf eine Vagusschädigung mit Atonie des Oesophagus und Spasmus der Cardia.
ALBANUS (ZARNIKO).

142) **Albu** (Berlin). **Fall von hochgradiger Oesophagusdilatation.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. S. 1109. 1908.*

Die durch Cardiospasmus hervorgerufene Oesophagusdilatation umfasste den colossalen Inhalt von 400 ccm.

Mit einem Apparat von Geissler — über dem conischen, stumpfen Ende eines dicken Magenschlauches ist ein cylinderförmiger, mit Wasser aufblähbarer Gummiballon von etwa 10 cm Länge angebracht — wurden Dehnungen der Cardia mit günstigem Erfolg ausgeführt.
ALBANUS (ZARNIKO).

143) **Neuhaus** (Berlin). **Fremdkörper im Oesophagus und Magen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. S. 470. 1908.*

Vorstellung einer Patientin, die ein Gebiss verschluckt hatte — eine Prothese mit 2 Zähnen. Das Gebiss hatte sich im unteren Theil des Oesophagus so fest eingeklemmt, dass es nicht von der operativ angelegten Magenwunde aus, also retrograd, entfernt werden konnte; es musste auch noch die Oesophagotomia cervicalis externa angeschlossen werden, durch deren Oeffnung erst eine Zange das Gebiss zerquetschen konnte. Die einzelnen Theile wurden nun mit einer Zange, unter Nachhülfe von der Magenöffnung aus, durch die Oesophaguswunde entfernt. Die Oesophagoskopie hätte, wie auch in der Discussion Hildebrand (Berlin) bemerkte, wegen der schwierigen Verhältnisse nicht zum Ziele führen können.

Edmund Meyer (Berlin) möchte, wenn die Röntgenuntersuchung kein sicheres Bild gäbe, zur Ergänzung die Oesophagoskopie ausgeführt sehen. Für Fremdkörper im oberen Theil des Oesophagus bringe die Oesophagoskopie recht günstige Resultate.

Pels-Leusden (Berlin) meint, dass in Fällen, wo durch Fremdkörper schon eine Eiterung der Wand des Oesophagus entstanden sei, die Oesophagoskopie nicht und nur die Oesophagotomie in Frage käme. Er hat einen Fall mit periösophagealen Phlegmonen geheilt.
ALBANUS (ZARNIKO).

---

# II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

## a) Sitzung des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins

am 29. Februar 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

I. Iljisch. Vorstellung einer Kranken mit einer völligen Verwachsung der Hinterwand des Rachens mit weichem Gaumen. Ein operativer Eingriff ist wegen der Narben sehr wenig Erfolg verheissend.

P. Hellat stimmt in Bezug auf die Schwierigkeit mit dem Referenten überein, glaubt jedoch, dass es gelingen wird, eine Passage für die Luft herzustellen. Vor etlichen Jahren operirte er einen ähnlichen Fall, und Patientin athmet bis heute ziemlich gut.

II. Iljisch: Demonstration einer Geschwulst an der Mandel, welche Patienten beim Essen störte. Wahrscheinlich eine Tonsilla pendula. (Mikroskopische Untersuchung wird gemacht).

Bomasch hat 2 ähnliche Fälle gesehen.

III. Wygotzki: Vorstellung eines Patienten mit blauem Trommelfell.

IV. Borsykowitsch: Vorstellung eines Patienten, welcher wegen Tuberculose des Larynx galvanocaustisch behandelt wird. Der Erfolg ist augenscheinlich.

J. Kacz ist geneigt, in diesem Falle der Galvanocaustik eine günstige Wirkung zuzuschreiben. Es wäre interessant, wie der Lungenprocess durch die Kehlkopfbehandlung beeinflusst wird.

Iljisch hält für wünschenswerth, dass an irgend einem Institute die Angaben von Grünwald controlirt würden. Dieselben sind zu rosig, als dass man sie ohne Weiteres für unumstösslich halten könnte.

V. J. Kacz: Stenosis laryngis. Vorstellung einer Patientin.

Die Stenose bezieht sich auf den subchordalen Raum, hat elliptische Form; die Beweglichkeit der Stimmbänder ist leicht beeinträchtigt. Diagnose: Scleroma laryngis.

Nikitin ist mit der Diagnose einverstanden; hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

VI. Sacher: Vorstellung einer Patientin mit Rhinit. atroph., bei welcher die von Okunew beschriebene Einsenkung von aussen sichtbar ist.

VII. Okunew: Vorstellung eines Falles mit einer Septumoperation nach Freer. Die Verkrümmung war eine sehr starke, der Erfolg ist gut.

P. Hellat findet, dass die Operation trotz einer kleinen Perforation als gelungen betrachtet werden kann.

VIII. A. Wiltschur: Augenreaction auf Tuberculin. (Wird veröffentlicht.)

Iljisch vindicirt der Augenrection eine grosse Bedeutung für die Diagnose.





Es kann nicht geleugnet werden, dass bisher unsere Diagnose häufig unsicher ist. Fälle von Fehldiagnosen sind nicht selten. Kürzlich gelang es, einen Patienten, der für tuberculös erklärt worden war, durch antisyphilitische Behandlung vollständig herzustellen.

Nikitin schliesst sich dem vorhergehenden Redner an. Auch er hatte einen Fall, bei dem auf Grund der Calmettereaction die antisyphilitische Behandlung und zwar mit Erfolg durchgeführt wurde.

Bomasch möchte wissen, ob die Reaction auch für Lupus Ausschlag gebend ist.

Wiltschur bejaht die Frage.

P. Hellat: Die Erörterung der Augenreaction nach Calmette ist in Anbetracht des immer wachsenden Interesses für die Tuberculose durchaus zeitgemäss. Alle Methoden zur Feststellung der Diagnose müssen als werthvoll angesehen werden.

P. Hellat.

---

## b) Der erste allrussische oto-laryngologische Congress in St. Petersburg.

Veranstaltet vom St. Petersburger oto-laryngologischen Verein.

27. bis 30. December 1908.

Eröffnet wird der Congress mit einer Bergrüssungsrede von P. Hellat, dem Präses des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins. Redner weist auf das wachsende Interesse für die Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren, auf die Bedeutung dieser Organe und auf das Missverhältniss, welches in Russland bezüglich des Unterrichts für diese Fächer besteht, hin. Bisher giebt es nur 2 medizinische Facultäten mit einer Professur für Oto-rhino-laryngologie.

Die Sache der Vertreter dieser Wissenschaften und ihrer Congresse ist es, auf diesem Gebiete Wandel zu schaffen.

Nach der Eröffnungsrede wurden von vielen Vertretern der Universitäten, gelehrten Gesellschaften, der Stadt Petersburg Begrüssungstoaste gesprochen.

Das erste Wort sprach der Nestor der Laryngologie und das Ehrenmitglied der St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins K. Rauchfuss. Aus dem Bericht des Secretärs Iljisch ist hervorzuheben, dass für den Congress 44 Vorträge angemeldet sind und die Anzahl der Congressmitglieder sich auf 152 beläuft.

Zum Schlusse wurden die Glückwunschtelegramme der Ehrenmitglieder des Vereins: Proff. Lucae, Politzer, Fränkel, Schwarze und Semon verlesen.

Die Festrede hielt Prof. Nikitin, in welcher er auf die Etappen der Entwickelungen der oto-laryngologischen Wissenschaft, auf die Kämpfe und Errungenschaften derselben hinwies.

### 1. Sitzung.

In der ersten Sitzung wurde S. v. Stein zum Ehrenpräses und N. Okunew zum Präses des Congresses gewählt.

Bei dieser Gelegenheit hob der Ehrenpräses die Bedeutung der Pioniere dieser Wissenschaft in Russland, zu denen Oekel, Wreden, Prussack, Kosch-

lakow, Müller, Schultz, Scott, Jinowjew und Wischnewsky gehören, hervor.

Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffnete v. Stein.

1. Symptomatologie der Labyrintherkrankungen. Neue Functionen der Schnecke.

2. Iwanow (Moskau): Laryngostomie bei Larynxperichondritiden.

I. setzt zunächst die Bedeutung der Laryngostomie auseinander. Er verfügt persönlich über 8 Fälle. Die Behandlung vermittelst Laryngostomie wird in 4 Perioden getheilt:

1. Laryngofissur, Durchtrennung der Narben und Drain.
2. Systematische Behandlung mit Kautschukröhren bis No. 45 Charrière.
3. Autoplastik.
4. Schluss der Wunde.

Im Ganzen ist die Operation leicht, aber die Nachbehandlung geduldraubend. Bei 4 gelang die Wiederherstellung der Athmung, 3 sind unlängst operirt, 1 starb.

3. Swershewsky (Moskau): Behandlung der Ozaena mit Paraffininjectionen.

S. hat 49 Fälle behandelt. Paraffin wurde 4—15mal kalt angewandt. 7 Fälle waren schwer: von ihnen wurde nur in einem Falle Erfolg erzielt. In der zweiten Gruppe mit 28 Fällen wurde 9mal erfolgreich injicirt und in 14 Fällen von atrophischem Katarrh gelang es in 9 Fällen Heilung zu erzielen.

4. Burock: Ueber Paraffinprothesen.

Wiederholung seiner bereits bekannten Anschauungen.

2. Sitzung.

Vorsitzender: Wolkowitsch.

1. Okunew (Petersburg): Die Stellung der Otolaryngologie in Russland.

O. formulirt seine Sätze zur Approbation des Congresses folgender Art:

1. Der Unterricht in der Oto-Laryngologie soll an allen Universitäten obligatorisch sein.
2. Errichtung zweier Kliniken am Heleneninstitut.
3. Anstellung von Consultanten für Militär und Marine.

2. Levin (Petersburg): Referat über die Organisation eines allrussischen oto-laryngologischen Vereins.

3. Iwanow (Moskau): Aufgaben der oto-laryngologischen Congresse.

I. schlägt vor, bei jedem Congresse 1 oder 2 Fragen als Programmfragen aufzustellen, welche von verschiedenen Seiten durch verschiedene Redner beleuchtet werden sollen.

4. Jürgens (Warschau): Ohrenkrankheiten bei Rekruten.





3. Sitzung.

Vorsitzender: Trofimow.

1. Swershensky (Moskau): Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.

Alle Nasenkrankheiten können die Augen in Mitleidenschaft ziehen. Autor beobachtete bei 334 Fällen 43 pCt. Complicationen von Seiten der Augen. Sehr häufig liegt die Ursache in den Nebenhöhlen, besonders bei Caries der Orbita.

Vortragender demonstrirt eine grosse Anzahl einschlägiger sehr instructiver Präparate.

2. A. Skrypt (Charkow): Indicationen zur Tonsillotomie und Blutungen nach derselben.

S. weist auf die Widersprüche hin, welche in Bezug auf die Function der Tonsillen herrschen. Redner entfernt nur solche Tonsillen, welche mechanische Hindernisse mit sich bringen oder welche schwere Entzündungen machen. Vorsicht in Bezug auf Blutung bei älteren Patienten muss geübt werden.

3. Preobrashensky (Moskau): Combinirte Vibration bei chronischer Schwerhörigkeit.

4. Gawrilow: Wirkung der vergrösserten Rachenmandel auf das Gehör.

5. Derselbe: Beziehungen zwischen Vergrösserung der Rachenmandel und Entwickelung im Schulalter.

Vortragender untersuchte 1475 Kinder. Die grösste Zahl von adenoiden Wucherungen entfällt auf das 11. bis 13. Lebensjahr. Bei 450 Kindern fand sich keine Vergrösserung. Im Ganzen konnte G. keinen besonderen Einfluss der Adenoiden auf das Wachsthum, die Begabung etc. constatiren.

4. Sitzung.

Vorsitzender: Preobrashensky (Moskau).

1. Trofimow: Abhängigkeit der Erkrankungen des Schädelinhalts vom Ohre.

2. Maljutin: Schlammbehandlung bei chronischen trockenen Katarrhen des Ohres und beginnender Otosklerose.

3. J. Kreis (Iroslaw): Aneurysma als Folge der Tracheotomie infolge von falschem Croup. Tod.

4. Buroch (Charkow): Endonasale Chirurgie bei acuten und chronischen Nebenhöhlenerkrankungen.

Als Vortrag zu cursorisch.

5. Sitzung.

Vorsitzender: Iwanow (Moskau).

1. G. Bloch: Larynxtuberculose in Jalta.

Kehlkopftuberculose entwickelt sich in der ersten Periode der Lungentuber-

culose. Die beste Zeit für Jalta ist von August bis Mai. Weintrauben vertragen Kehlkopftuberculöse schlecht. Jalta wirkt wohlthuend auf den Kehlkopfprocess. Leider sind 36 pCt. unter den Kranken, welche Jalta brauchen, solche, bei welchen jede Heilung ausgeschlossen ist. Erforderlich ist ein Verweilen von mindestens einer Saison (6—8 Monate).

2. Krushilin (Kiew): Asynergia labyrinthica musculorum, als ein Symptom der Hysterie.

## 6. Sitzung.

Vorsitzender: Heryng.

Heryng: Zwanzig Jahre chirurgischer Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Referent berichtet hauptsächlich über seine eigene 20jährige Thätigkeit in dieser Richtung. Gefahr der Generalisation gering, Bedeutung hat der Zustand des Patienten. Blutungen kommen vor, besonders aus der Epiglottis. Mittel dagegen: Adrenalin. Galvanocauter, Eis. Galvanocaustik giebt starke Reaction. Am besten ist zunächt nur eine Seite zu cauterisiren.

2. Schneider (Moskau): Ueber Bronchoskopie.

Als Indicationen dienen Verengerungen, Geschwülste und vor allen Dingen Fremdkörper. Zuweilen erforderlich Combination mit X-Strahlen. Referent hat 18 mal Fremdkörper entfernt, unter denen 12 mal Mohnsamen.

3. De Lenz (Kiew): Klinische Bedeutung der Oesophago-Bronchoskopie.

Autor wendet die Oesophagoskopie an zur Bestimmung:

1. der Undurchgängigkeit,
2. des Charakters der Erkrankung,
3. zur Entfernung von Fremdkörpern.

Vom Redner wurde 4 mal Verletzung constatirt und 6 mal wurden Fremdkörper extrahirt. Sondenuntersuchung ist nicht genügend, um Fremdkörper auszuschliessen. Bronchoskopie zu therapeutischen Zwecken in 10 Fällen ausgeführt, n 6 Fällen Fremdkörper entfernt, in 3 Fällen Trachea erweitert.

## 7. Sitzung.

Vorsitzender: Maljutin.

1. Krushilin: Demonstration einer Tympanalspritze, eines Meissels, und eines Apparates zur Narkose per Rectum.

2. Erbstein: Zur Technik der Adenoidoperation.

Empfiehlt warm das Tonsillotom von Schütz-Stille. Die Technik der Operation wird vereinfacht, vollständige Entfernung, kein Hängenbleiben und gegeringe Blutung.

3. P. Hellat: Ueber ein neues Symptom zur Bestimmung des Eiters im Warzenfortsatz.

Der nächste Congress findet nach 2 Jahren, also 1910, in Moskau statt.

P. Hellat.



### c) XXII. Congrès français de chirurgie.

Paris, 4. bis 9. October.

Barbarin: Drei Fälle von Osteitis des Unterkiefers beim Kinde.

Nach Ausbruch der molaren Milchzähne oder des ersten dauerndeu Molaris (im 6. Jahre) können ähnliche Erscheinungen auftreten, wie nach Durchbruch des Weisheitszahnes, nur sind die reactiven Erscheinungen (Schwellung) weniger ausgesprochen als die Allgemeinsymptome in Folge Verschluckens des Eiters durch die Fisteln. Verf. schlägt Aufmeisselung des Unterkiefers von unten vor, Operation, die mit Rücksicht auf die grossen Gefahren, die die Kinder laufen, begründet ist. Bei Vorhandensein von Sequestern ist die Heilung langwierig.

Malherbe: Sarkom der Highmorshöhle.

Ein 14jähriges Mädchen trägt einen orangegrossen Tumor (Fibrosarkom) in der Kieferhöhle, der nach allen Seiten Verdrängungserscheinungen gemacht hat (Exophthalmus etc.). Operation von der Fossa canina aus. Recidive nach einem Jahr.

Claude und Francisque Martin: Behandlung der Septumdeviation.

Septumdeviationen werden von den Autoren derart behandelt, dass sie mit eigenen Zangen das Septum fracturiren und dann die Reposition der fracturirten Theile vornehmen. Ein eigener Stützapparat, einen Monat getragen, hält die Theile in normaler Stellung. Während dieser Zeit muss der Patient reichlich die Nase spülen.

Broeckaert: Der Fall von Rhinopharyngocele, von der Rosenmüllerschen Grube ausgehend, ist vom Autor schon anderweitig vorgestellt worden.

Raugé: Alte und neue Methoden der Mandelexstirpation.

Aufzählung der verschiedenen Methoden, die alle ihre bestimmte Indicationen haben.

Ullmann: Beziehungen zwischen Uterus und Schilddrüse.

Es bestehen sichere Beziehungen zwischen beiden Organen. Struma coincidirt öfters mit Myomen des Uterus. Nach Myomotomie verschwindet oder vermindert sich die Struma.

Guisez: Diagnose und Behandlung einiger intrathoracischer Krankheiten.

12 Fälle werden vorgestellt, bei denen Verf. theils aus den Bronchien (drei Fälle), theils aus dem Oesophagus Fremdkörper extrahirt hat. Die Oesophagusfälle waren mitunter complicirt durch Abscess und Gangrän der Wand. Ein Fall von Speiseröhrenkrebs wurde sehr gebessert durch oesophagoskopische Bestrahlung mit Radium.

Kummer: Acute Tetanie im Anschlusse an partielle Strumectomie.

Jacques: Zur Kenntniss des Nasenrachenfibroms.

Lautmann (Paris).

## d) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

December 1908.

Stellvertretender Vorsitzer: Watson Williams.

Dundas Grant: 1. Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes bei einem 16jährigen Knaben.

Das Stimmband stand in Cadaverstellung; man fühlt eine Drüsenkette längs des vorderen Randes des Sternocleidomastoideus.

Watson Williams und Ball sprechen über Recurrenslähmung in Folge intrathoracaler Drüsen.

Horne erwähnt einen Fall von traumatischer Lähmung.

Steward berichtet über einen Fall von Neurofibrom des Nerven, der eine tuberculöse Drüse vortäuschte.

2. Ausgedehntes Carcinom des Kehlkopfinnern bei einem 62jährigen Mann, der berufsmässig seine Stimme brauchte.

Ein Geschwür mit papillärem Rand, welches das linke Taschen- und Stimmband einnimmt.

Watson Williams und De Santi rathen zur halbseitigen Exstirpation.

William Hill: Diaphragma zwischen den mittleren zwei Vierteln der Stimmbänder. Heilung durch Spaltung und Tragen einer intralaryngealen Prothese.

Das Diaphragma war traumatischen Ursprungs. Eine frühere intralaryngeale Operation war erfolglos geblieben. Es wurde Laryngofissur gemacht und die Theile dann durch Celluloideinlagen auseinander gehalten, die in die äussere Wunde eingelegt wurden; sie wurden nach drei Wochen entfernt. Völlige Heilung.

Faulder: Kehlkopfstenose bei einem Kind.

Völlige, für eine Sonde undurchgängige Larynxstenose bei einem 1 Jahr vorher wegen Diphtherie tracheotomirten Kinde.

Baber räth zur Thyreotomie und Excision der Narben.

Tilley räth zu der Laryngostomie nach der von Sargnon und Barlatier publicirten Methode. Er berichtet über einen noch in Behandlung befindlichen derartigen Fall.

William Hill beschreibt seine eigene Methode, die darin besteht, dass zwei rechtwinklige Celluloidplatten in die äussere Wunde gelegt werden, die bis zur völligen Heilung die Theile auseinander halten sollen.

Davis beschreibt einen durch prolongirtes Tragen eines dünnen Celluloidkatheters geheilten Fall. Nach 6 Monaten war die Heilung vollendet.

Lack glaubt, dass die meisten derartigen Stenosen herbeigeführt werden durch unsachgemäss ausgeführte „Tracheotomien", bei denen in Wirklichkeit Schild- oder Ringknorpel durchschnitten werden; er hat sie nach einer wirklichen Tracheotomie niemals gesehen. Er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass eine grosse Anzahl dieser Fälle durch eine tiefe Tracheotomie geheilt werden können und er führt einen auf diese Weise geheilten Fall an, der 16 Jahre lang bestanden hatte.

Steward hat 5 Fälle geheilt, indem er in Narkose die Strictur so weit dilatirte, bis die kleinste Tube eingeführt werden konnte. Nach 2—3 Tagen wurde eine dickere Tube eingeführt, bis die dem Alter angemessene Grösse erreicht wurde. Diese Tube wurde dann für allmählich länger werdende Perioden entfernt, bis sie während 23 Stunden in 24 Stunden fortgelassen werden konnte und schliesslich nur noch in langen Intervallen eingeführt wurde.

French räth zur Dilatation und gleichzeitiger localer und subcutaner Anwendung von Fibrolysin.

Dan Mc Kenzie erwähnt einen von Barlatier und Sargnon beschriebenen Fall, in dem nach der Operation Tod in Folge Pneumonie eintrat.

Watson Williams räth zur Behandlung mittelst Intubation in progressiver Anwendung.

Bond: Epitheliom des Gaumens bei einem 16jährigen Knaben.

Ein sehr harter, fixirter Tumor, der von der rechten Seite des harten Gaumens entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung liess die Frage offen, ob Epitheliom oder Endotheliom. Nach Exstirpation Cauterisation der Umgebung.

Bond: Fibrom des Nasenrachens bei einem 17jährigen Jüngling.

Grosser, harter Tumor. Entfernung durch ausgedehnte Operation von aussen und Excision des harten Gaumens. Die Geschwulst war in das Antrum und die Keilbeinhöhle gedrungen. Entfernung auf oralem Wege erwies sich als unausführbar. Es wurde die präliminare Laryngotomie gemacht.

Tilley beschreibt die Entfernung einer ähnlichen Geschwulst nach dem Verfahren von Rouge.

Jobson Horne: Lupus der Epiglottis.

Pegler: Primäres tuberculöses Granulom des knorpeligen Septums.

Patientin ist eine 50jährige Frau, ohne jede sonstige Anzeichen von Tuberculose. Am vorderen Theil des Septums findet sich eine hellrothe, nicht ulcerirte, weiche, den Knorpel perforirende Masse. Klinisch hatte sie keine Aehnlichkeit mit Lupus. Mikroskopisch fanden sich deutliche Riesenzellen. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden.

Jobson Horne protestirt dagegen, auf Grund des Befundes von Riesenzellen die Diagnose auf Tuberculose der Nase zu stellen. Wenn Riesenzellen ohne Tuberkelbacillen gefunden wurden, so hatte der von ihm angestellte Thierversuch negativen Erfolg.

Pegler: Spastischer Husten.

Nach Influenza bei einer Frau mit Globus hystericus.

Donelan hat solchen Husten nach Influenza bei Kindern beobachtet, wo er irrthümlich für Keuchhusten gehalten wurde.

Davis räth für Anwendung von Chinin und Faradisation.

Andrew Wylie: Osteofibrom des Kiefers.

Grosse, gestielte Geschwulst, die mit einem verhältnissmässig dünnen Stiel in der Gegend der linken oberen II. Molaris ausging und die ganze Convexität des harten Gaumens einnahm. Der Tumor besteht seit 25 Jahren. Entfernung mit der Schlinge. Kein Recidiv.

Wyatt Wingrave stellt fest, dass der Tumor 5 : 2,8 cm gross ist und 13 g wiegt. Er besteht aus compacter Knochensubstanz und Bindegewebe.

Davis: 1. Linksseitige Abductorlähmung bei einer 38jährigen Frau.

2. Maligne Erkrankung der Tonsille.

De Santi und Watson Williams sprechen sich für die Operation aus.

3. Carcinom und Syphilis des Kehlkopfes.

41jähriger Mann mit bestimmter alter syphilitischer Erkrankung des Kehlkopfes und dabei Carcinom des rechten Taschenbandes (Mikroskopische Diagnose).

Milligan, Steward, De Santi und Watson Williams discutiren über den Fall.

Lieven erwähnt zwei ähnliche Fälle von Entwickelung eines Carcinoms auf syphilitischer Basis.

Horsford: Nachträgliche Bemerkung und Brief von Professor Chiari zu dem im Februar 1908 vorgestellten Fall eines weiblichen Baritons.

Nach nasaler Behandlung und Entfernung der Adenoiden hat die Stimme in der Höhe 3—4 Töne gewonnen und kann jetzt als ein Tenor angesprochen werden. Chiari meint, dass der Larynx einen männlichen Typus darstelle. Die Genitalorgane zeigen nichts Abnormes.

Dan Mc. Kenzie meint, solche Merkmale des anderen Geschlechts seien darauf zurückzuführen, dass in den Genitalorganen Spuren von den Keimdrüsen des anderen Geschlechts vorhanden sind, die sich genügend entwickeln, um eine innere Secretion zu liefern.

Frederick Spicer: 18 Jahre altes Mädchen mit Baritonstimme

Die Veränderung der Stimme besteht seit dem 14. Jahre.

Whitehead: Stirnhöhlenempyem. Skiagramm.

St. Clair Thomson spricht über die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung.

Lecombe Holt: Präparate vom Nasenseptum bei Thieren, durch die eine Erklärung der beim Menschen beobachteten Abnormitäten möglich wäre.

Ausgesprochene bilaterale Cristen der Nasenscheidewand wurden bei verschiedenen Species gefunden; beim Hunde verschmolzen diese Leisten mit Vorsprüngen von der entgegengesetzten Nasenwand, so dass eine Art Dach über dem unteren Nasengang gebildet wurde. H. meint, beim Menschen könnte der Verschluss der Choanen auf ähnliche Weise entstehen.



St. Clair Thomson: Stirnhöhle 14 Tage nach Killian'scher Operation.

Gutes Resultat.

William Hill: Tuberculöse Laryngitis.

Leichte Untersuchung auf directem Wege.

De Santi: Sarkom der Tonsille und des Velum.

Inoperabler Fall eines 40jährigen Mannes. Schmerzen wurden gelindert und das Schlucken fester Speisen ermöglicht, seitdem die Coley'sche Flüssigkeit eingegeben wurde.

Jobson Horne: Epitheliom des Rachens.

Alter Fall von Syphilis; tiefes grosses carcinomatöses Geschwür. Inoperabel.

E. B. Waggett.

---

# III. Briefkasten.

## Felix Semon's 60. Geburtstag.

Am 8. December feiert Sir Felix Semon fern von der Heimath, auf der Reise von Egypten nach Indien, seinen 60. Geburtstag. An diesem Tage, da gewiss die Gedanken Vieler, die ihn lieben und verehren, zu ihm wandern, soll auch ein herzlicher Glückwunsch des Centralblatts nicht fehlen, das Semon in's Leben gerufen und dem er ein Vierteljahrhundert hindurch einen grossen Theil seiner Arbeit gewidmet hat. Wir sind sicher, im Namen aller unserer Mitarbeiter und Leser zu sprechen, wenn wir dem Jubilar wünschen, dass er, an grossen und bleibenden Eindrücken reich, wohlbehalten und gesund von seiner Weltreise zurückkehren möge, um noch viele Jahre hindurch sich in unverminderter Frische und Rüstigkeit seier selbstgewählten Musse erfreuen zu können. Finder.

---

## Zur Frage der galvanokaustischen Behandlung der Larynxtuberculose.

In der Octobernummer des XXV. Jahrganges des Centralblatts finde ich in Grünwald's „Bemerkungen zur Methode des galvanokaustischen Tiefenstiches" einen Satz, der gewissermaassen eine Berichtigung erfordert. Der Satz lautet: „Der erste Hinweis „auf die ausserordentlich günstigen Erfolge der galvanokaustischen Behandlung" erfolgte in meinem 1903 in der Münchener med. Wochenschrift No. 25 veröffentlichten Aufsatze, in dem zum ersten Male die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung hervorgehoben wurde. Die Arbeiten von Mermod und Krieg mit ihrer ebenso klaren Betonung der principiellen Bedeutung sind erst 1904 erschienen" u. s. w.

Ich muss infolge dessen daran erinnern, dass im Jahre 1893 in der „Medycyna" No. 1, 2, 3 eine Arbeit von mir erschienen ist, in der ich meine Erfahrung betreffend die von mir seit 1887 geübte galvanokaustische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege niedergelegt habe. Die Arbeit war zwar bloss in polnischer Sprache veröffentlicht, es existirt aber ein ziemlich ausführliches Referat über dieselbe im Centralblatt, Jahrg. X, No. 8, S. 414. Aus dem Referat ist zu ersehen, dass ich eben „die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung" hervorhebe, indem ich die günstigen Resultate der Behandlung von 13 Fällen und die Vortheile dieses Verfahrens gegenüber dem Curettement angebe. Auch in einer bereits im Jahre 1888 in der „Gazeta Lekarska" No. 10 erschienenen Arbeit habe ich schon erwähnt, dass ich grundsätzlich die Galvanokaustik in der Behandlung der Larynxtuberculose anwende. In dem be-

treffenden Referate (Centralbl. f. Laryngol., Jahrg. V, No. 5, S. 219) heisst es: „Er (der Verfasser) gebraucht ausser der Milchsäure und dem Currettement den Galvanokauter“.

Wenn also von einer systematischen Anwendung des Galvanokauters in der Behandlung der Tuberculöse der oberen Luftwege die Rede sein soll, so muss ich die Priorität in dieser Sache für mich in Anspruch nehmen. Vereinzelte diesbezügliche Beobachtungen und Aeusserungen rühren zwar schon von viel älteren Autoren her, aber zu einer wirklichen Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose war die Galvanokaustik von mir erhoben. Eine ausführliche Besprechung meiner 22jährigen Erfahrung in dieser Frage beabsichtige ich in nächster Zukunft zu veröffentlichen.

Srebrny (Warschau).

## Erwiderung.

Von der Richtigkeit der Angabe Srebrny's, bereits im Jahre 1893 systematisch die Galvanokaustik zur Heilung der Kehlkopftuberculose verwandt zu haben, habe ich mich überzeugt.

Wenn mir die Thatsache entgangen ist, erklärt sich dies daraus, dass in den unterdessen verflossenen 16 Jahren Srebrny nicht mehr darauf zurückgekommen ist.

Ich werde mich im Interesse der Sache freuen, aus der in Aussicht gestellten Veröffentlichung Srebrny's Weiteres über seine Erfahrungen mit dem Verfahren zu hören. Die Frage der Einführung des Tiefenschnittes bleibt natürlich davon unberührt.

München, 2. December 1909, Grünwald.

## Zur Frage der Ehrenpräsidenten bei den internationalen Congressen.

Zu der unter diesem Titel in der vorigen Nummer erschienenen Notiz ersucht Herr Hofrath Prof. Dr. E. von Navratil um die Aufnahme folgender Zeilen:

Zum Ehrenpräsidenten der rhino-laryngologischen Section für den XVI. internationalen med. Congress wurde auf meinen Vorschlag nur ein Mitglied der Section und zwar Sir Felix Semon — vom Executiv-Comité — gewählt. Zu Sitzungs-Präsidenten wurde von den zum Congresse angemeldeten 195 Mitgliedern kaum deren 6. Theil vorgeschlagen. Von diesen erschien (wegen Krankheit und Familienangelegenheiten verhindert) nur die Hälfte.

In vorzüglicher collegialer Hochachtung

Hofrath Prof. E. v. Navratil,
gew. Präsident der rhino-laryngologischen Section des XVI. intern. med. Congresses in Budapest.

## Redactionelles.

Wir haben unsere Leser von einigen Veränderungen in Kenntniss zu setzen, die mit dem Beginn des neuen Jahrgangs unter den Mitarbeitern des Centralblatts eintreten werden.

Zunächst müssen wir davon Mittheilung machen, dass Herr Dr. G. Lefferts (New-York) seine Mitarbeiterschaft niedergelegt hat. Lefferts gehört zu der Zahl derjenigen, die dem Centralblatt in unwandelbarer Treue seit seiner Gründung als Mitarbeiter angehören. Er hat bis zum Jahre 1900 allein, von da ab in Gemeinschaft mit Dr. Emil Mayer die amerikanische Literatur bearbeitet und während dieses Zeitraums viele tausende von Referaten für das Centralblatt geliefert. Sein Verdienst ist es, der amerikanischen Literatur, die nicht nur in Bezug auf das Quantum ihrer Production seit vielen Jahren in unserem Jahresüberblick an erster Stelle steht, sondern die auch an werthvollen und beachtenswerthen Arbeiten sehr

reich ist, im Centralblatt zu der ihr gebührenden Stellung verholfen und ihre Kenntniss der Allgemeinheit der Laryngologen zugänglich gemacht zu haben.

Sofort nachdem er die Mittheilung vom Rücktritt Semon's erhalten hatte, erklärte Lefferts, der dem Herausgeber des Centralblatts durch langjährige Freundschaft eng verbunden ist und mit ihm zusammen in gemeinsamer Assistententhätigkeit einst sich die ersten Sporen auf dem Gebiet der Laryngologie verdient hatte, dass er seine Mitarbeiterschaft niederlege; ebenso wie er seine Thätigkeit am Centralblatt mit Semon zusammen begonnen, sei es stets sein Entschluss gewesen, sie auch gleichzeitig mit ihm zu beenden. Auf die Bitte des Herausgebers jedoch erklärte er sich in liebenswürdiger Bereitwilligkeit damit einverstanden, im Interesse des Blattes noch bis zum Ende dieses Jahres an der Mitarbeit theilzunehmen. Bei seinem Scheiden sagen wir dem treuen Mitarbeiter für die langjährigen und werthvollen Dienste, die er dem Blatte geleistet, auch an dieser Stelle herzlichsten Dank.

Herr Emil Mayer (New York) hat in dankenswerthester Weise die grosse Aufgabe auf sich genommen, zunächst allein die ganze amerikanische Literatur zu referiren.

---

Drei andere, ebenfalls seit über einem Decennium am Centralblatt thätige Mitarbeiter, sind durch mannigfache anderweitige Beschäftigung gezwungen, gleichfalls mit Beginn des neuen Jahres ihre Mitarbeiterschaft niederzulegen, nämlich die Herren Dr. Paul Raugé (Challes), A. Bronner (Bradford) und E. Waggett (London). Den auf Herrn Bronner entfallenden Theil der englischen Literatur wird in Zukunft Dr. Watson Williams (Bristol) referiren, während die Berichte der Laryngological section of the royal society of medicine deren derzeitiger Schriftführer Herr Dr. H. J. Davis (London) erstatten wird.

Allen diesen aus der Mitarbeiterschaft des Centralblatts ausscheidenden Herren sei für ihre treuen durch viele Jahre hindurch geleisteten Dienste herzlicher Dank ausgesprochen.

Finder.

---

# Namen-Register*).

## A.



## B.



*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

## C.

## D.



## E.



## F.

## I. J.



## K.

## L.

## M.



## N.

## T.



## U.



## V.



## W.

## Y.



## Z.

# Sach-Register.

## A.

## B.



## C.

## D.



## E.



## F.



## G.

## H.

## M.



## N.

## O.



## P.

## R.

## S.

## T.

## U.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.






UNIVERSITY OF CHICAGO
64 434 135